Nr. 15. 12. kwietnia 1925 Rok IV

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Łucja FREY, asyst. kliniki. Warszawa.

Przyczynki do nauki o topografji w trzonie mózgowym.

Z kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. K. Orzechowski.

I.

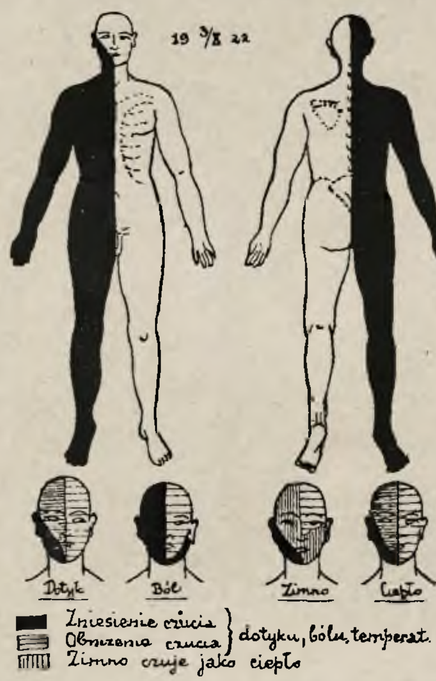
Ogniska w wyższych piętrach mostu Varola.

Mimo wielkich zdobyczy neurologji ostatnich dziesiątków lat w dziedzinie topografji rdzenia przedłużonego i mostu, nauka o umiejscawianiu i znaczeniu różnych ośrodków i dróg zajmujących tę część trzonu mózgowego pozostawia jeszcze wiele do życzenia.

Jest to teren, w którym na małej przestrzeni mieszczą się liczne twory nerwowe, ztąd też małe ogniska mogą prowadzić do nader bogatego w szczegóły, obrazu klinicznego. Sprawą powodującą dość często powstawanie tu ognisk ściśle ograniczonych, jest zamknięcie światła tętnicy móżdżkowej dolnej tylnej, lub przedniej, wreszcie tętnicy rdzeniowej przedniej. Poza typowemi objawami dla ognisk w różnych miejscach przekroju i na różnej wysokości tu usadowionych zdarzają się też objawy rzadziej spotykane, dotąd niewyjaśnione. Dlatego ciągle jest jeszcze usprawiedliwione zbieranie materjału kazuistycznego, który odpowiednio dobrany i dokładnie obserwowany, obserwowany przytem także w kierunku zaburzeń klinicznych poprzednim badaczom nieznanych — musi się z czasem przyczynić do uzupełnienia rozbudowy naszych wiadomości o topografji mostowo-opuszkowej. Podane poniżej przypadki są przykładem tego, jak wiadomości nasze w tym zakresie są niezupełne i jak wymagają dalszych poszukiwań.

Przypadek I*).
45-letni robotnik F. S., w 1918 r. przechodził hiszpankę, wśród której wystąpił zez i podwójne widzenie, trwające przez 2 miesiące. Potem czuł się zdrowym do 22. IX. 1922 roku. Tego dnia poczuł że jakby prąd elektryczny przeszył prawą połowę ciała. Trwało to chwilę, poczem pracował dalej, a nawet jeszcze nazajutrz poszedł do zajęcia. Dwa dni potem dostał silnego zawrotu i szumu w głowie. Prawe kończyny zaczęły mu słabnąć, tak, że nie poszedł do pracy. Następnego dnia z powodu silnych wymiotów i zawrotu głowy nie mógł już wstać z łóżka. W ciągu dalszych 2 dni wystąpiło zboczenie oczu i skrzywienie twarzy w stronę prawą, głuchota lewego ucha i utrudnienie połykania. 28. IX. zgłosił się do kliniki. Potator. Palił dużo. Kiły nie przechodził.

Stan chorego:
Źrenica prawa większa od lewej, obie dobrze reagują na światło. Gałki oczne stale zboczone na prawo, lewa zupełnie, prawa prawie zupełnie. Przy ruchu zamierzonym gałek w lewo nie dochodzą one nawet do pozycji pośredniej, przyczem ruch prawej gałki jest nieco wydatniejszy. Zbieżność prawej gałki 0, lewej słaba. Przy patrzeniu jednoocznem ruchliwość gałek zachowuje się tak samo. Próba Rosta ujemna. Lewy zwacz napina się gorzej. Odruch rogówkowy po lewej 0. Znaczne zaburzenia czucia na twarzy po stronie prawej, mniejsze po lewej (zob. szemat Nr. 1). Na języku i błonie śluzowej jamy ustnej obniżenie czucia bolowego, cieplikowego i dotykowego, po stronie prawej znaczniejsze. Zupełne porażenie cał go lewego VII. z częściowym odczynem zwyrodnienia (11. X.). Przewodnictwo powietrzne zniesione po stronie lewej, kostne obniżone i skrócone dla tonów niskich, począwszy od C_1, dla wysokich zniesione, przy braku zmian wziernikowych. Podniebienie po lewej unerwia nieznacznie gorzej, odruch podniebienny lewy nieco słabszy. Krtań bez zmian. Tętno 55. Język przy wysuwaniu zbacza na prawo. W pierwszej chwili po wysunięciu zmienia kształt tworząc łódkowate zagłębienie w stronę prawą. Prawa połowa języka jest wiotka i sprawia wrażenie mniejszej. Siła w prawych kończynach nieznacznie upośledzona. W ciągu pierwszego tygodnia dwukrotnie wystąpiło zupełne prawie porażenie kończyn prawych, górnej w stopniu większym i dolnej, które do kilkunastu godzin ustępowało. Odruchy ścięgniste i okostnowe po lewej są prawidłowe, po prawej miernie wzmożone. Babiński po prawej +. Odruchów obronnych brak. Odruchy zatrzaskowe i przeciwnicze słabe, może po lewej nieco silniejsze. Odruchy brzuszne po prawej zniesione, po lewej z początku obecne, w kika dni później zniknęły. Odruchów jądrowych brak. Chodzić nie może, nawet podtrzymywany przez 2



osoby, kończyną prawa zostaje w tyle; chory słania się w prawo. Stojąc pada silnie w prawą stronę, pada także, gdy siedzi, ma nawet w leżącej pozycji wrażenie, że głowa spada w stronę prawą. Wszystkie rodzaje czucia zniesione na prawej połowie ciała, a także czucie ułożenia tak, że chory mając zamknięte oczy szuka lewą ręką swojej prawej dłoni, barku, nawet nie znajduje prawego ucha. Astereognozja prawej dłoni. Wybitna hipotonja prawej kończyny górnej (odruch m. trójgłowego prawego o charakterze wahadłowym), mniejsza kończyn dolnych. Diadochokineza po prawej zniesiona. Próby chwytania, nawracania i odwracania przedramienia, wypadają w sensie hipermetrji. Przy chodzeniu prawa kończyna górna zwisa jakby bezwładna. Próba na niezborność wykazuje bardzo znaczne zaburzenie prawej ręki. Chory wykonywa ruch polecony bardzo powoli, mimo nakazu szybkiego wykonania, na pewną odległość (około 10 cm) przed osiągnięciem celu ruch zostaje na chwilę wstrzymany, palec dość dziwnie zgięty cofa się następnie w tył i za chwilę posuwa o tyleż naprzód, wykonując w ten sposób szereg wahadłowych ruchów o tej samej mniej więcej rozpiętości w płaszczyźnie strzałkowej, potem przekroczywszy płaszczyznę pierwotnego wstrzymania ruchu, zbliża się ku nosowi; tuż opodal nosa pojawiają się wahania w płaszczyźnie czołowej, jak przy niezborności wiądowej i ostatecznie palec trafia źle. Wahania o tym samym typie t. j. w płaszczyźnie strzałkowej w pewnem oddaleniu od nosa, później w czołowej, bliżej nosa, nieco tylko mniejsze, utrzymują się też przy otwartych oczach. Sposób podawania ręki asynergiczny w ruchach nadgarstka i palców. Przy próbach wymagających poziomego ustawienia ramienia, n. p. przy badaniu na mijanie, prawe ramię bezwzględnie opada, mimo, że niedowład ruchu uniesienia jest tylko niewielki. W kończynie dolnej prawej silna niezborność hipermetryczna. Nieznaczna ataksja lewej kończyny górnej, brak jej w lewej kończynie dolnej. Oczopląs kolująco-poziomy tylko przy spojrzeniu na prawo w kierunku przeciwnym do ruchu wskazówki zegara. Przy płukaniu ucha prawego zimną wodą, samoistny oczopląs staje się powolniejszy. bardziej poziomy, a przy patrzeniu w lewo zjawiają się od czasu do czasu poszczególne ruchy kołujące w kierunku ruchu wskazówki zegara na oku prawem, lewa zaś gałka pozostaje nieruchomą. Padanie w prawo staje się silniejsze, prawidłowy odczyn mijania jest zaznaczony w lewej kończynie, prawa opada jak zwykle. Przy próbie kalorycznej z lewego ucha oczopląs w stronę prawą jest wybitniejszy, o tym samym charakterze co przed płukaniem, skłonność do

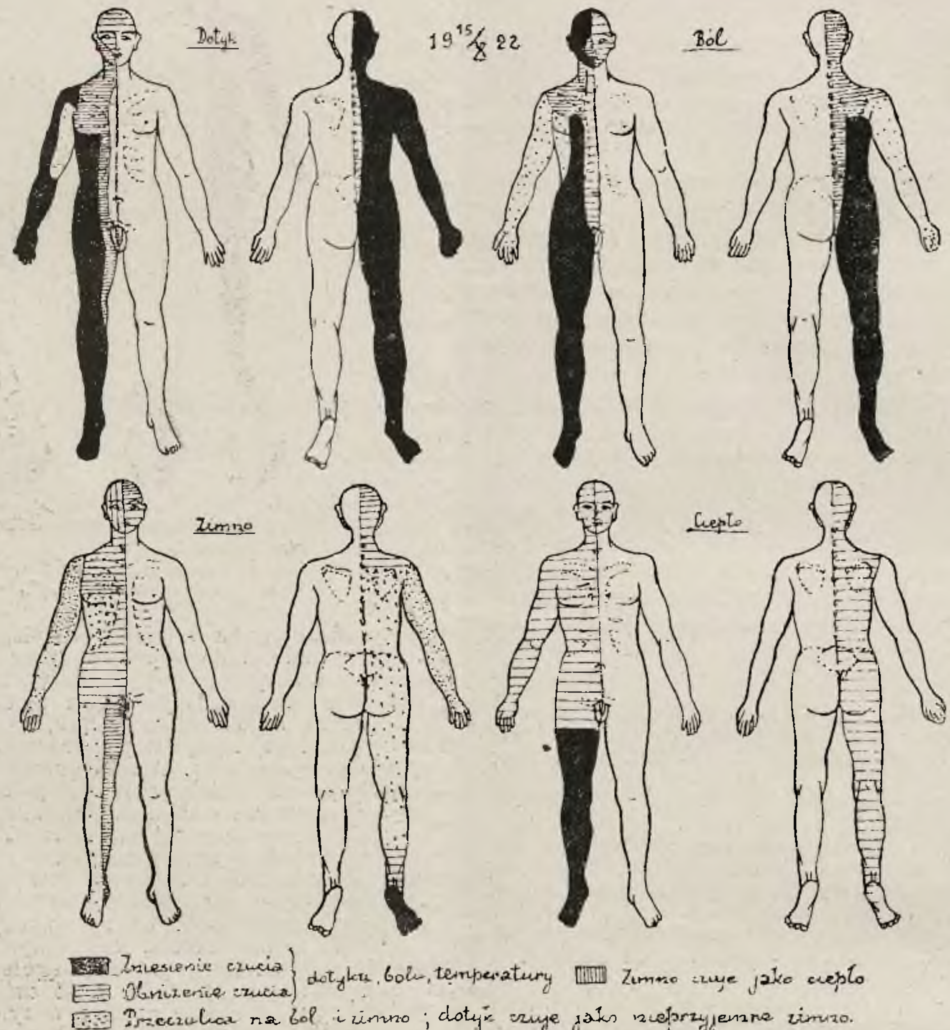
*) Przypadek ten był pokazywany na Posiedzeniu Warszawskiego Tow. Neurol. w listopadzie 1922 r.

padania w lewo i mijanie zaznaczone. Przy badaniu obu uszu trzeba było użyć wprost ogromnej ilości zupełnie zimnej wody. Galwanicznie przy 8 M. A. nie otrzymało się odczynów. Nieznaczne zmiany naczynioruchowe i odżywcze po stronie prawej: żyły na przedramieniu i udzie prawem węższe. Pobudliwość na bodźce mechaniczne ściany żylnej na prawej kończynie górnej większa, zwłaszcza po próbie z zimną wodą (wpadanie żył na dłuższy czas pod poziom skóry). Stopa prawa nieco chłodniejsza, skóra na niej wydelikacona.

Stan wewnętrzny:

II ton nad aortą zaakcentowany. Rozlany nieżyt oskrzeli. Wątroba macalna na 2 palce niżej łuku, tkliwa. Gruczoły pachwinowe wielkości fasoli, twarde. Próba Wassermanna z surowicą krwi +++ z płynem mózgowo-rdzeniowym —. Płyn mózgowo-rdzeniowy: ciśnienie, stosunki morfologiczne i chemiczne prawidłowe. Mocz bez zmian. Ciśnienie tętnicze 100 (max. Riva Rocci).

móżdżkowe prawostronne utrzymują się w wybitnym stopniu. Badanie jest obecnie przejrzyste, gdyż stanu nie wikła już ani niedowład, ani zaburzenia czucia mięśniowego, a jednak chory w dalszym ciągu wykazuje niezborność tego samego typu, adiadochokinezę, objaw zgięcia biodrowego i resztę wyszczególnionych wyżej objawów móżdżkowych. Opadania gwałtownego kończyny górnej prawej brak, jednak nadal obserwuje się samoistne mijanie jej w dół i to we wszystkich stawach, a w słabszym stopniu także w dolnej kończynie prawej. Oczopląs w stronę prawą, jak przedtem. Przy spojrzeniu w lewo wykonuje prawa gałka ruchy nystagmoidalne wskutek skłonności do cofania się w prawo (pozostałość po początkowem zboczeniu). Próba kaloryczna z ucha prawego: oczopląs obu gałek w stronę lewą, ze skłonnością do zbaczania na prawo, gałka lewa wykonuje zatem już teraz ruchy i to w kierunku działania mięśnia skośnego górnego. Odczynowe mijanie w dół prawej kończyny górnej nasila się tak znacznie, że chory nawet przy otwartych oczach nie może utrzymać kończyny po-



Stan chorego w 2 tygodnie po wstąpieniu do kliniki zaczął się stale poprawiać. Z końcem października 1922 r. stan był następujący:

Może już chodzić nawet bez laski, chód przytem ostrożny z rozstawionemi stopami, prawą nogą niezborny. Niedowład kończyn prawych prawie ustąpił, upośledzenie czucia powierzchownego poprawiło się (zob. szemat Nr. II.), w miejsce zniesienia wystąpiło częściowo obniżenie, a miejscami przeczulica na ukłucia (przy kłuciu chory doznaje uczucia nieprzyjemnego chłodu) a zwłaszcza na zimno. Na kończynie górnej prawej przeczulica ta była tak silna, że przy dotykaniu probówką z wodą wodociągową, chory doznawał uczucia lodu, a równocześnie w kończynie zresztą hipotonicznej występował krótkotrwały przykurcz tak silny, że nie można jej było przez chwilę zgiąć biernie w łokciu. Upośledzenie czucia ułożenia ograniczyło się do palców prawej kończyny górnej, a w dolnej do stopy. Czucie wibracyjne w porównaniu ze stroną lewą obniżone. Poprawa dotyczy również, choć w niewielkim stopniu, i górnej gałązki VII. Chory zaczął marszczyć słabo czoło, zamykać powiekę. Gałka oczna prawa dochodzi już w zupełności do wewnętrznego kąta oka, lewa nieco wydatniej wychyla się w lewo, niż z początku. Badanie na podwójne obrazki wykazuje porażenie lewego nerwu odwodzącego. Język jeszcze zbacza nieco na prawo. Niezborność po stronie lewej bardzo nieznaczna. Objawy

ziomo, usprawiedliwiając się, że ją coś ciągnie w dół. Wynik próby kalorycznej z ucha lewego, jak przedtem.

Stan z połowy listopada 1922 r.:

Źrenice równe, lewa szpara powiekowa szersza. Ruch zbieżności obustronnie bardzo słaby. Przy spojrzeniu w bok obserwuje się współruchy żuchwy, a mianowicie wychylanie się jej w kierunku spojrzenia (po obu stronach jednakowo silne). Nadto przy patrzeniu w prawo uwidacznia się działanie dźwigacza powieki lewej, wskutek czego staje się widoczny rąbek twardówki nad tęczówką lewego oka. Żwacze napinają się jednakowo. Odruch żuchwowy wzmożony. N. VI. jak poprzednio. Poprawa w zakresie lewego nerwu VII. postąpiła. Siła w kończynach prawych dobra, za wyjątkiem nieznacznego niedowładu uścisku dłoni i zgięcia w biodrze. Odruchy ścięgniste, okostne i skórne jak przedtem. Drżenia włókienkowe w mięśniu naramiennym po stronie prawej, (które może przy poprzednich badaniach przeoczono). Odruchy zatrzaskowe z prostowników, zginaczy palców i mięśnia dwugłowego po lewej bardzo żywe, po prawej nieobecne, z mięśni naramiennych obustronnie obecne. Odruchy przeciwnicze może po prawej żywsze. Na kończynach dolnych odruchy przeciwnicze i zatrzaskowe obustronnie b. słabe. Zmiany naczynioruchowe i odżywcze jak przedtem. Thermoasymetrji wyraźnej niema. Odczyn włosoruchowy obustronnie bardzo żywy. Pobudliwość

mechaniczna mięśni wszędzie nieco wzmożona. Czucie wykazuje teraz przeważnie hipestezję na wszystkie rodzaje, w niektórych tylko miejscach utrzymuje się jeszcze przeczulica lub zniesienie czucia. Czucie wibracyjne jak przedtem. Czucie ucisku obniżone po stronie prawej (ucisk 150 gr po stronie prawej uczuwa jak 100 po lewej). Czucie ułożenia nieznacznie obniżone w prawej kończynie górnej. Stereognozja prawie dobra. Z objawów móżdżkowo-przedsionkowych stwierdza się jeszcze obecnie ze strony prawej kończyny górnej wyraźną niezborność o charakterze dysmetrycznym, utrzymującą się nawet przy otwartych oczach, dodatnią próbę Thomasa i chwytania, wyraźne upośledzenie diadochokinezy przy braku właściwej asynergji, utrzymywanie się wahadłowości odruchu z mięśnia trójgłowego i samoistne mijanie w dół ze wszystkich stawów. W kończynie dolnej prawej zaznaczona lekka niezborność o typie tabetycznym i objaw zgięcia biodrowego (*flexion combinée*), w słabym stopniu. Chód kurczowo-niezborny, przyczem składnik niezborności uwydatnia się lepiej przy zamkniętych oczach. Przy próbie Romberga chory słania się teraz lekko w lewą stronę (może wskutek nadmiernej korekcji padania w prawo). Oczopląs niezmieniony. Odczyny przy płukaniu uszu wszystkie prawidłowe; oba przedsionki są teraz łatwo pobudliwe, mijanie prawej kończyny górnej ku dołowi utrzymuje się obok mijania w stronę prawą. Przy próbie obrotowej w stronę lewą, z głową przechyloną w lewo, w pierwszej chwili skłonność mijania do góry, później kończyna opada w dół. Przy obrocie w prawo w tejże pozycji opadanie kończyny wybitniejsze. Dotychczas chory znosił próby płukania bez odczynu podmiotowego, obecnie zaczyna się skarżyć na niemiłe senzacje. Słuch w uchu lewem ciągle jeszcze znacznie upośledzony.

Stan obecny z czerwca 1924 roku:

Chory pracuje ciężko jako druciarz w fabryce, czuje się zupełnie dobrze. Przy spojrzeniu na boki oczopląs poziomo-kołujący. Lewa gałka niezupełnie dochodzi do kąta zewnętrznego. Zaznaczony niedowład lewego dolnego VII. Słuch w uchu lewem bardzo nieznacznie obniżony. Objawów piramidowych brak. Lekka dextrometrja kończyny górnej prawej i ślad niezborności kończyny dolnej prawej, przy braku mijania w dół. Romberg 0. Chód dobry, bez zbaczania nawet przy zamkniętych oczach. Czucie zaburzone tylko na odsiebnej części podudzia i stopy prawej (czucie dotyku obniżone, czucie ciepła zniesione, a przeczulica na ból i zimno).

W danym przypadku ognisko musi obejmować okolicę czepca w dokrzyżowej części mostu po stronie lewej (Atlas Marburga fig. 29) Sądząc ze stanu nerwowego w 2 lata po napadzie, mógł uledz silniejszemu zniszczeniu tylko niewielki obszar, mianowicie przestrzeń zawarta między korzonkami VI. i VII., przyczem te ostatnie i ciało czworoboczne *(c. trapesoides)* doznały tylko nieznacznego uszkodzenia. Jako granice przestrzeni zmienionej wogóle patologicznie należy przyjąć: przyśrodkowo, od góry, pęczek podłużny tylny (porażenie spojrzenia), od dołu zaś przyśrodkową część wstęgi (zaburzenia czucia na tułowiu po stronie prawej), bocznie, rdzeniowy korzonek V. (zaburzenia czucia po lewej stronie twarzy), grzbietowo, wtórna droga V. (zaburzenia czucia na twarzy po stronie prawej), brzuszną częścią wreszcie dosięga ognisko piramid (objawy kurczowe po prawej). W kierunku osi długości, ognisko dosięgałoby ruchowego korzonka V. (niedowład lewego żwacza), dokrzyżowo zaś dotyka ono jądra dwuznacznego (niedowład podniebienia po lewej). Objawy pozostające w związku ze zmianami na obwodzie obszaru chorobowego cofnęły się dosyć szybko. Co do ciała powrózkowatego to najprawdopodobniej nie zostało ono zajęte sprawą chorobową. Objawów móżdżkowych po stronie ogniska nie mieliśmy z wyjątkiem lekkiej i krótkotrwałej niezborności górnej kończyny lewej. Natomiast na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwał się zespól objawów móżdżkowych prawostronnych, bo zespół ten wraz z porażeniem VI. i VII. najdłużej się utrzymywał.

Od czego go uzależnić? Przy dodatkowem ognisku prawostronnem dającem tak doniosłe i długotrwające objawy, należałoby oczekiwać objawów ze strony innych torów, jąder czy korzonków strony prawej; tego zaś w naszym przypadku nie mamy. Skrzyżowanej zaś drogi móżdżkowej, której obrażeniem po stronie lewej możnaby wytłumaczyć u naszego chorego objawy prawostronne, nie znamy na pewne. O ile z początku objawy móżdżkowe nastręczały trudności w ocenie z powodu wybitnych zaburzeń czucia, to w dalszym przebiegu, gdy zaburzenia czucia ustąpiły, pochodzenie móżdżkowe tych objawów nie ulegało wątpliwości. W szczególności bardzo silnie wyrażoną była niezborność i mijanie w dół prawej kończyny górnej ze wszystkich stawów i to także w czasie, gdy ani zaburzeń piramidowych, ani czucia ułożenia już nie stwierdzaliśmy.

Jedyny przypadek z przeciwstronnemi zaburzeniami móżdżkowemi podał w piśmiennictwie nam dostępnem André Thomas [2]), uzależniając je od zajęcia środkowej drogi czepcowej. Mybyśmy odnieśli te objawy raczej do zajęcia włókien korowo-mostowo móżdżkowych, które przy zaburzeniach móżdżkowych mają większe znaczenie, niż się dotąd przypuszczało, których neurony po przejściu szwu zdążają przez środkowe nóżki móżdżkowe do półkuli móżdżkowej drugiej strony.

Włókna tego systemu wychodzą z płatu czołowego i skroniowego, wedle Marburga [3]) głównie z tych ich części, w których kończą się włókna przedsionkowe i włókna dla proprioceptywnego czucia ciała. Zajęcie tych włókien tłumaczyłoby może tak znaczną i niezwykłą niezborność tego przypadku, a ponadto samoistne, bezwzględne opadanie kończyny niezależne od zmian w czuciu ułożenia.

Z innych objawów tego przypadku należałoby podnieść zachowanie się czucia powierzchownego, które, z początku zupełnie zniesione, ustąpiło szybko miejsca przeczulicy, miejscami bardzo znacznej, poczem przeczulica przeszła w dalszym przebiegu w obniżenie czucia. Zasługuje więc na uwagę, że w pewnym okresie sprawy chorobowej zaburzenia czucia zbliżały się do typu wzgórkowego. I pod tym względem przypadek nasz podobny jest do przytoczonego przypadku André-Thomas'a.

Z pośród kategorji czucia głębokiego utrzymywało się najwyraźniej tylko obniżenie czucia uciskowego, co obserwowano niejednokrotnie a uzależniano od zaburzeń móżdżkowych.

Zachowanie się języka, mianowicie zbaczanie w stronę przeciwną ognisku, możemy odnieść do zajęcia drogi piramidowej dla jądra nerwu XII, w torze korowo-opuszkowym, którego włókna przebiegają, jak wiadomo, na tej wysokości mostu, jeszcze we wstędze przyśrodkowej. Nie możemy objawu tego uzależniać od zniszczenia korzonka ruchowego V., jak to czyni Wallenberg [4]) w jednym ze swoich sekcyjnych przypadków, ponieważ u nas korzonek ruchowy V. był conajwyżej nieznacznie tylko zajęty. Co do unoszenia się brwi prawej przy patrzeniu w prawo, to nie wdając się bliżej w tłumaczenie tego objawu, zaznaczamy tylko, że tego rodzaju współruchy między nerwem odwodzącym a mięśniem czołowym bywały dotychczas opisywane prawie wyłącznie w niedowładach mięśni gałek ocznych, które u nas po stronie prawej nie wchodzą w rachubę

O ile chodzi o rodzaj sprawy chorobowej, która doprowadziła w tym przypadku do ogniska rozmiękczynowego w moście, to powolny rozwój sprawy chorobowej, brak objawów udarowych i dodatni odczyn Wassermanna przemawiają za zakrzepem, zależnym od kiłowego zapalenia błony wewnętrznej tętnicy, która ten obszar unaczynia t. j. tętnicy móżdżkowej dolnej przedniej, a dokładniej mówiąc jej odgałęzienia tu się znajdującego, tętnicy korzonkowej dla nerwu twarzowego.

Przypadek II.

Przypadek ten podajemy łącznie z poprzednim ze względu na ich podobieństwo objawów, chociaż etjologicznie i anatomo-patologicznie przedstawia się on zupełnie inaczej.

Chory G. M. lat 24, zgłosił się do kliniki 18. VI. 1924 r. W wywiadach poza wrzodem miękkim w 1918 roku nic się nie stwierdza godnego uwagi do r. 1919, w którym rozpoczęło się obecne cierpienie. W czerwcu r. ub. chory zauważył niedomykanie prawego oka, w grudniu porażenie całego nerwu twarzowego prawego, z początkiem 1924 roku porażenie spojrzenia w prawo i pogorszenie słuchu w prawem uchu. Od czasu do czasu miewał wymioty, bóle i zawroty głowy. Powoli wystąpiła niepewność w chodzeniu, a następnie drętwienie w kończynach lewych. Od półtora miesiąca nie słyszy zupełnie na ucho prawe. W ostatnich 3 tygodniach objawy te nasiliły się. Od tygodnia chory ma trudność w oddawaniu moczu. Żonaty, ma jedno dziecko zdrowe, żona nie roniła.

19. VI. 1924 r. stwierdzono następujące zmiany w stanie nerwowym:

Węch dobry. Źrenica lewa oddziaływa na światło nieco

[2]) Encephale, Janvier 1922.
[3]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd 81, 1924.
[4]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd 27.

gorzej niż prawa. Zbieżność gałki lewej gorsza niż prawej, jednak wcale dobra. Lekkiego stopnia zespół Claude-Bernarda Hornera po prawej, obok porażenia nerwu odwodzącego prawego i niedowładu spojrzenia w prawo. Przy spojrzeniu w stronę lewą widoczny jest gruby oczopląs poziomy ze skłonnością do odchylenia się gałek w stronę prawą (zaznaczony niedowład spojrzenia w stronę lewą). Początek zapalenia prawego nerwu wzrokowego. Odruch rogówkowy po stronie lewej żywy, po prawej -0-. Porażenie całej ruchowej gałązki V. prawej. Czucie bólu, dotyku i uciskowe dość znacznie upośledzone po prawej stronie twarzy, lekkie obniżenie czucia cieplikowego po lewej. Smak obniżony w przednich 2/3 częściach języka po stronie prawej. Zupełne porażenie całego nerwu twarzowego z częściowym odczynem zwyrodnienia. Zupełna głuchota ucha prawego przy prawidłowym stanie wziernikowym. Podniebienie po stronie prawej unerwia gorzej. Odruch podniebienny prawy -0-, lewy słaby. Lekki niedowład prawej struny głosowej (Dr. Tryjarski). Głos głuchy z przydźwiękiem nosowym. Ruchy czynne w kończynach górnych i dolnych wszystkie zachowane, z dobrą siłą. Odruchy ścięgniste i okostne w kończynach górnych żywe, z kości promieniowej i łokciowej po lewej żywsze. Ogólna hipotonja miernego stopnia. Odruchy kolanowe obustronnie żywe, prawy wahadłowy, Achillesa równe. Odruchy przeciwnicze i zatrzaskowe obustronnie bardzo słabe. Babiński po stronie lewej +. Odruchy brzuszne i jądrowe żywe, równe.

Zespół móżdżkowo-przedsionkowy:

Wybitne padanie w stronę prawą, nawet w pozycji siedzącej. Objaw zgięcia biodrowego obustronnie +, po prawej >. Chód niezborny ze zbaczaniem w prawo. Diadochokineza po prawej gorsza niż po lewej. Lekka niezborność dysmetryczna prawej kończyny górnej, przy próbie palec-nos po stronie lewej, chory zatrzymuje palec mniej więcej 10 cm przed celem, wykonuje szereg ruchów dość szerokich w płaszczyźnie strzałkowej w tył i naprzód, wreszcie przekracza niewidzialną płaszczyznę, od której palec jakby się ciągle odbijał, zmierza do nosa i trafia wcale dobrze. Przy próbie pięta-kolano obustrona lekka niezborność. Oczopląs (zob. wyżej). Samoistnego mijania brak. Próba kaloryczna z ucha prawego: Oczopląs silniejszy od samoistnego z dodatkiem kołowania, niedowład spojrzenia w stronę lewą wyrażający się skłonnością do zbaczania w prawo nasila się, mijanie prawidłowe. Bardzo silne padanie w stronę prawą przy zwrotach głowy w stronę prawą i lewą padanie w prawo utrzymuje się. Przy płukaniu ucha lewego nie otrzymuje się mijania, chory pada nadal w prawo, oczopląs w stronę lewą staje się słabszy, a niedowład spojrzenia w prawo wybitnie się nasila. Czucie cieplikowe, dotykowe, uciskowe, wibracyjne i badane cyrklem Webera obniżone na całej lewej połowie ciała, bólowe w tym samym zakresie zniesione. Czucie ułożenia zniesione w palcach lewej stopy. Objawów naczynioruchowych i odżywczych brak. Mierna sztywność karku i Kernig, częste wymioty.

Nakłucie lędźwiowe:

Płyn pod nieznacznie wzmożonem ciśnieniem, wodojasny, ciałek białych 20 cm³, białka 0,033%, Nonne-Apelt ujemny. Próba Wassermanna wykonana z krwią i płynem dała wynik ujemny i to także po prowokacyjnej dawce Hg i neosalwarsanu.

Stan wewnętrzny:

Serce w granicach prawidłowych. Wybitne akcentowanie II. tonu nad aortą. Tętno 72, miarowe, dobrze napięte. Stan podgorączkowy. W prawym szczycie przytłumienie i oddech zaostrzony. Śledziona i wątroba niemacalne. Roentgenogram wykazuje znaczne zajęcie zatoki Highmora i w mniejszym stopniu zatoki czołowej prawej. 30. VI. otworzono jamę Highmora i czołową, wydobyto znaczną ilość ropy i usunięto obfitą ziarninę. W ropie znaleziono paciorkowce hemolizujące. Ponieważ chorego krótki czas potem zabrano do domu, dalsza obserwacja urywa się.

Co do rozpoznania, to wchodziły tu w grę albo guz miąższowy albo ropień przerzutowy w moście. Ostatnie przypuszczenie było o tyle mało prawdopodobne, że nic w wywiadach nie wskazywało uprzedniego istnienia ropienia jam, które w skutek zajęcia nerwu V. prawego, mogło się było rozwinąć niepostrzeżenie w ciągu cierpienia nerwowego. Skłaniając się do rozpoznania guza zajmującego bardzo ograniczoną przestrzeń mostu, zamieszczamy opis tego przypadku — pomimo, że przypadki guzów dla celów badań topograficznych mało się nadają — głównie ze względu na zachowanie się niezborności bradyteleokinetycznej. Przypadek ten upodabnia się zresztą objawowo z przypadkiem poprzednim tak dalece, że ognisko chorobowe należy umiejscowić na bardzo bliskim przekroju. Ognisko sięga tutaj mniej głęboko w kierunku brzusznym (piramidy prawie wolne) natomiast rozciąga się bardziej dośrodkowo zajmując nawet przeciwległy pęczek tylny (obustronny niedowład spojrzenia). Nieco inaczej zachowują się objawy atakktyczne, mamy tu bowiem niezborność lekkiego stopnia, lecz obustronną. Niezborność kończyn prawych odnosimy do zajęcia toru rdzeniowo-móżdżkowego brzusznego. Ataksja kończyny dolnej lewej jest dość zrozumiała wobec zniesienia czucia ułożenia na stopie lewej, natomiast niezborność kończyny górnej lewej odnieślibyśmy, jak wyżej, do częściowego zajęcia toru korowo-móżdżkowego lub — jak to czyni André-Thomas (zob. wyżej) do środkowej drogi czepcowej. W przypadku poprzednim drogi tej nie braliśmy w rachubę, gdyż zajęcie toru korowo-móżdżkowego pozostającego w związku z czuciem proprioceptywnem, mogłoby prawdopodobnie raczej tłumaczyć samoistne opadanie kończyny (porównaj przyp. I.).

Należy jeszcze zastanowić się nad rodzajem niezborności, w obu tych przypadkach. W obu występuje wybitnie objaw bradyteleokinezy opisanej przez Söderbergha[5]) i Schildera[6]). Objaw ten polega na tem, że palec w pewnej odległości od celu zatrzymuje się na pewien czas, poczem chory po omacku (*»tastend«*) szuka nosa. W 2 przypadkach Schildera występowały obok tego objawu w drugim okresie ruchu t. j. już po zatrzymaniu się palca wahania o dość wielkiej rozpiętości w kierunku ruchu, lub bezładne, przypominające drżenie zamiarowe. Takie wahania obserwowaliśmy w obu naszych przypadkach, z tą tylko różnicą, że w przypadku drugim ruchy dokonywały się jedynie w płaszczyźnie strzałkowej, w przypadku zaś pierwszym występowały ponadto po przejściu zapory Söderberghowskiej i po okresie wahań w kierunku strzałkowym, wahania w płaszczyźnie czołowej, poczem dopiero palec dochodził dysmetrycznie do celu. Zatrzymywanie się ruchu przed osiągnięciem celu i to stale w tej samej mniej więcej od niego odległości, bylibyśmy skłonni podciągnąć pod pojęcie niezborności dysmetrycznej, w przeciwieństwie do Schildera, który przypisuje swojej bradyteleokinezie objawową samodzielność. Jest to zdaniem naszem dysmetrja dokonująca się w stosunku do płaszczyzny czołowej. Analogicznie do sinistro- i dextrometrji t. j. dysmetrji w stosunku do płaszczyzny środkowej ciała (median), hipo- i hipermetrji t. j. dysmetrji w stosunku do płaszczyzny poziomej, nazwalibyśmy ten objaw anterometrją. Przyjmując istnienie dysmetrji strzałkowej musimy przyjąć istnienie, obok przypadków z niedochodzeniem do celu, takich także, w których palec sięga poza cel w kierunku strzałkowym. Byłaby to posterometrja. Naszem zdaniem są to te przypadki niezborności móżdżkowej, w których chory przy danej próbie gwałtownie, bezwzględnie, uderza palcem w twarz lub nos, o ile go trafia w przypadkach czystej posterometrji. Tak pojęta bradyteleokineza jest więc tylko jedną z odmian dysmetrji.

To tłumaczenie nie obejmuje ruchów wahadłowych, które obserwowaliśmy w obu naszych przypadkach anterometrji. Analogiczne wahania spotykamy czasem także i w innych rodzajach dysmetrji, i wynikają one widocznie z identycznego mechanizmu fizjopatologicznego. Jest to prawdopodobnie zaburzenie harmonijnego zespolenia inerwacji zależnej od podniet proprioceptywnych z jednej strony, i inerwacji dowolnej z drugiej strony. W każdym razie jest to drugi składnik zaburzenia atakktycznego, niezależny od dysmetrji, której może on towarzyszyć lub też może go brakować.

Wykład kliniczny.

Dr. Henryk HILAROWICZ, asyst. klin. Lwów.

Wrzód żołądka i dwunastnicy oraz jego leczenie chirurgiczne w świetle nowszych badań*).

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Wśród niezwykle obfitego chirurgicznego piśmiennictwa wrzodu żołądka i dwunastnicy dają się w chwili obecnej wyodrębnić dwa zasadnicze kierunki badań; odpowiadają one

---

5) Neurol. Zentralbl. T. 38. str. 463.

6) Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psych. Bd 47, 1919.

*) Według odczytu wygłoszonego na Posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 20 lutego 1925 r.; praca ta stanowi niejako dalszy ciąg sprawozdania poglądowego umieszczonego w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr. 18/19, 1923.

dwom podstawowym zasadom teorji powstawania wrzodu — zasadzie przyczyn i zmian miejscowych, oraz zasadzie czynników ogólnych, konstytucjonalnych, których miejscowym tylko wyrazem, jednym z objawów ma być wrzód.

Kierunek pierwszy reprezentuje głównie dążność do wykazywania tła anatomicznego, podłoża wrzodu w samej błonie śluzowej żołądka; kwestją tą, istnienia zmian w tej ostatniej, wyprzedzających powstanie wrzodu zajmowano się dotąd mało, stosunkowo do bardzo wielkiej ilości prób doświadczalnych wywołania sztucznego wrzodu i różnych teorji jego powstania.

W pracach autorów dawniejszych, a też i w niektórych podręcznikach nowszych spotyka się twierdzenie, że przewlekłe zmiany zapalne znajdowane równocześnie z wrzodem trawiennym są jego następstwem; obecnie zdaje się przeważać pogląd odwrotny, a mianowicie że właśnie wrzód trawienny jest zmianą wtórną, która powstaje na tle już przedtem istniejącego zapalenia. Już Jaworski (1) dowodzi w r. 1886 i 1888 na podstawie swych badań klinicznych, że obok przypadków trwałego zwiększonego wydzielania kwaśnego soku żołądkowego na tle nerwowem (Rejchmann [2] — 1882) bez zmian anatomicznych, bywają i takie, które są spowodowane zmianami zapalnemi w błonie śluzowej; jeżeli przytem za główną przyczynę wrzodu trawiennego uważa nadmierną kwasotę — to pośrednio jest ojcem teorji o pierwotności zmian zapalnych w błonie śluzowej żołądka jako przyczyny wrzodu.

Kwestją tą, stanowiącą przedmiot dalszych dawniejszych badań Cruveilhiera, Hayema, Matthiego, Moullina a zwłaszcza Nauwercka i Heyrowsky'ego, którzy wskazywali na związek drobnowidowych nadżerek (erozji) spotykanych w stanach przewlekłego zapalenia z wrzodem trawiennym zajmują się obecnie wyczerpujące prace Salzmann'a, Konjetzny'ego (3), Störk'a (4), Kalimy (5) i Moszkowicza (6). Autorzy ci swierdzają zgodnie obecność zmian, określanych zbiorowo jako »*gastritis*« we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka (100%), podczas gdy Lange, Heyrowsky oznaczali dawniej ich częstość na 50%; najwybitniejsze zmiany znaleziono zawsze w częściach blizkich odźwiernika, natomiast dno żołądka w 1/3 przypadków (Kalima) okazało się od nich wolnem. Jako najważniejsze, charakterystyczne cechy takiego przewlekłego zapalenia przy wrzodzie trawiennym opisano: niestosunek pomiędzy elementami gruczołowemi a tkanką podścieliskową w jednym i w drugim kierunku, zanik, bujanie, zmianę charakteru gruczołów, miejscowe zjawianie się nabłonka o cechach nabłonka jelitowego, nacieki drobnokomórkowe w tkance podścieliskowej, złożone głównie z komórek plazmatycznych, zwiększenie ilości i przerost mieszków chłonnych, pozostających w ścisłym związku z nadżerkami opisanemi jeszcze w r. 1892 przez Gerhardta, którym przypisują szczególne znaczenie w powstawaniu wrzodu; z innych zmian należy wymienić rozrost błony mięsnej własnej śluzówki, przemiany szkliste w tkance łącznej, pozostające ewentualnie w związku z obfitem występowaniem ciałek Russla. Podobne zmiany w błonie śluzowej żołądka stwierdzono także (Konjetzny, Kalima) i przy wrzodzie trawiennym dwunastnicy w znacznej odsetce przypadków, a badania materjału uzyskanego operacyjnie na Klinice Lwowskiej potwierdzają tę, nader doniosłą okoliczność.

Szczególną uwagę zwrócono na wspomniane wyżej wyspy nabłonka jelitowego, określane nazwą metaplazji, które spotyka się w około 50% przypadków wrzodu a zawsze przy raku; obecność tych wysp nablonka, przypominającego zupełnie budową swych komórek typowy nablonek jelita odnosili niektórzy (Bonnet, Schäfer, Harris) do takichże wysepek pochodzenia zarodkowego, z któremi jednak, jak wykazali Schmidt, Faber, Salzmann, Lange, Bloch, Fischl zdają się nie posiadać nic wspólnego. Większość anatomo-patologów uważa je za zmiany patologiczne, za wyraz zwyrodnienia błony śluzowej w której elementy szlachetniejsze, wydzielnicze ustępują miejsca niższym, mniej wartościowym.

Moszkowicz, który w swej pierwszej pracy określa wyspy nabłonka jelitowego wprost jako miejsca odpowiadające zagojonym nadżerkom mieszkowym, tak charakterystycznym dla zmian zapalnych żołądka skłonnego do wrzodu (»ulkusbereit«), spotkawszy się z krytyką Kalimy, wyraża się w swej ostatniej, bardzo cennej rozprawie (7) nieco inaczej. Zarzuca miano »*gastritis*« dla określenia ogółu odpowiednich zmian spotykanych w ścianie żołądka, a to zbyt chwiejne i zmienne pojęcie zapalenia zostawia tylko dla użytku klinicznego; powołując się na zapatrywania Aschoffa, Borsta, Herxheimera ujmuje powyższe zmiany jako wynik z jednej strony; uszkodzenia tkanek, a z drugiej naprawy, regeneracji, względnie hyperregeneracji i regeneracji chorobliwej; od stosunku wzajemnego tych procesów destrukcji i odnowy zależy charakter spotykanych zmian. Błona śluzowa żołądka objawia zrazu bardzo żywą czynność regeneracyjną względem uszkodzeń pochodzenia urazowego czy toksycznego; jeżeli wpływy te zbyt często się powtarzają, siła regeneracyjna słabnie, co objawia się różnie: zjawia się nadżerka, wrzód jako szczególnie silny wyraz zniszczenia, podtrzymanego działaniem trawiennem soku, lub też powstaje regenerat jakościowo i ilościowo zmieniony, mniej wartościowy, — zanik błony śluzowej, wyprzedzany zwykle przez metaplazję w nabłonek jelitowy; w tym okresie najczęściej też się zdarza przejście w bujanie nowotworowe. Do objawów chorobliwej regeneracji zalicza też Moszkowicz opisane i przez innych zjawianie się gruczołów o typie gruczołów odźwiernikowych w dnie żołądka (gruczoły pseudoodźwiernikowe, Störk), które uważa za jednoznaczne z trzecią formą gruczołów opisanych jako niepatologiczne gruczoły pośrednie (Intermediärdrüsen) przez Oshikawę (8), leżące na granicy części odźwiernikowej i dna; Oshikawa sam zauważa stały przyczynowy związek wrzodu z powyższemi gruczołami. Zapatrywania Moszkowicza że wrzód powstaje jako cierpienie miejscowe na tle zmian wyżej opisanych podzielają także i inni. Kalima zwraca uwagę na wspomniane wyżej występowanie zmian gastrytycznych przy wrzodzie dwunastnicy jako na dowód pierwotnego ich charakteru; zmiany te, które doprowadziły do wrzodu w dwunastnicy pozostały w czystej niejako postaci w żołądku. Zwolennikiem teorji o pierwotnym charakterze zmian zapalnych w żołądku przy wrzodzie jest również Konjetzny, według którego nie znamy żadnych faktów, które mogłyby przemawiać za wtórnem ich pochodzeniem, a objawy ze strony układu nerwowego towarzyszące cierpieniu mogą być wywołane zmianami miejscowemi. Konjetzny opiera się na swych przypadkach w których istniały długotrwałe, typowe objawy wrzodu żołądka lub dwunastnicy, uleczonych przez wycięcie części odźwiernikowej, w której stwierdził bardzo rozległe zmiany zapalne jako stadjum poprzedzające wystąpienie wrzodu lub raka. Powyższe teorje bynajmniej nie wykluczają faktu, że już istniejący wrzód podtrzymuje i pogarsza pierwotny stan zapalny w żołądku.

Zasada uznawania pierwotnego charakteru zmian zapalnych w żołądku przy wrzodzie, odgrywających rolę w jego powstaniu, ma ważne znaczenie przy ustaleniu wskazań operacyjnych, o czem niżej.

Z pośród teorji ogólno-konstytucjonalnego pochodzenia wrzodu żołądka i dwunastnicy coraz więcej zwolenników zyskuje w ostatnich czasach teorja zaburzeń w układzie nerwowym, przyczem wzrasta dążność do ustalenia typu konstytucji wrzodowej, zależnej czy to od układu nerwowego czy też od zaburzeń w czynności narządów o wewnętrznem wydzielaniu i w składzie surowicy krwi. Powstała po wielu pracach klinicznych i próbach doświadczalnych licznych autorów teorja wagotoniczno-spastyczna Bergmann'a (9), który opierał się na »stigmatach« nerwowych stwierdzonych w 90% przypadków wrzodu, zachęciła do licznych dalszych poszukiwań w tym kierunku. Jedni budują swą teorję na wrodzonej konstytucji — jak Stiller, Störk, Bauer, Peritz i Fleischer, Margolis (10) który stwierdził w 92% przypadków objawy nerwicy układu wegetatywnego inni zaś łączą ją w związek przyczynowy ze zmianami nabytemi. Tu należą interesujące badania Hollera (11), Gottfrieda i Veczlera którzy uważają za przyczynę zaburzeń w unerwieniu żołądka przewlekłe zmiany zapalne w nadprzeponowej

części układu wegetatywnego, spowodowane w 80% sprawą zakaźną jak gruźlicą, kiłą, grypą, przewlekłemi zmianami włóknistemi w śródpiersiu lub też wpływami trucizn jak nikotyny lub ołowiu; autorzy ci powołują się na wyniki badań Pollaka, który stwierdził zmiany zapalne w rdzeniu przedłużonym u osobników chorych na wrzód żołądka, dotyczące dróg trzewiowych nerwu błędnego, a spowodowane przez różne wpływy zakaźne, toksyczne i cierpienia układu nerwowego. Większość przypadków wrzodu ma być takiego pochodzenia »neurogennego«, niewielka zaś ilość ma pozostawać w związku z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego i te właśnie przypadki są według Hollera oporne w leczeniu ciałami białkowatemi (*vaccineuriną*). Teorja Rössla, że wrzód żołądka jest chorobą »drugą«, wtórną zyskuje na wartości.

Niebrak też i przeciwników teorji nerwowej — jak n. p. Lehmann który stwierdził w zaledwie 20% przypadków wrzodu »stigmata« nerwowe, Jatrou, Strasser, Clairmont, Konjetzny i inni zwolennicy teorji przyczyn miejscowych, którzy uważają objawy nerwowe za następstwo wrzodu. Pośrednie niejako stanowisko zajął Stahnke (12) na podstawie swych doświadczeń, w których starał się wykluczyć stwarzane zazwyczaj przez innych nienaturalne warunki jakie wynikają z odpreparowywania lub przecinania nerwów błędnych; zapomocą częstego drażnienia nerwów błędnych specjalną elektrodą wprowadzaną psom przez przełyk do okolicy wpustu uzyskał po dłuższym okresie czasu silne wzmożenie wydzielania, znaczny wzrost kwasoty i siły trawiennej, przewlekłe zmiany zapalne, a wreszcie owrzodzenia błony śluzowej. Zjawiska te łączy w jeden związek przyczynowy przypuszczając, że i u człowieka wrzód powstaje wprawdzie na tle miejscowych zmian zapalnych — lecz że te ostatnie są spowodowane zmianami w układzie nerwowym. Z pomiędzy innych prac w tym kierunku z ostatnich czasów należy wspomnieć o próbach Bedariby (13) który uzyskał wrzody żołądka zapomocą wstrzykiwania neuriny w jego ścianę, oraz Hayaski'ego (14), któremu udało się u świnek morskich drogą wywoływania anafilaksji uzyskać skłonność do stanów spastycznych i owrzodzenia w błonie śluzowej żołądka.

W poszukiwaniu przyczyn wrzodu żołądka natury ogólnej zwrócił się w innym kierunku Kohler (15), którego zainteresowała na nowo sprawa antypeptycznych własności surowicy krwi u chorych na wrzód, zbyt mało, jak słusznie zauważa, dotąd uwzględniana. Jeżeli własności ochronne ściany przeciwko działaniu trawiennemu, czy też wszystkich tkanek (por. Katzenstein, Kawamura, Fiori, Hilarowicz [16]), Dragstedt, Lester i Arkell (17) zależą od zawartości w nich antypepsyny (Weinland, 1903) to *vice versa* u osób chorych na przewlekły wrzód żołądka siła ta powinna być słabszą. Badania w tym kierunku prowadzili Lieblein, Jochmann i Kantorowicz lecz wyniki ich były tak zmienne, że Oppenheimer nie przypisywał im żadnego znaczenia. Kohler, przypuszczając że powodem tego było użycie sztucznego soku żołądkowego, wykonał szereg prób u zdrowych i u chorych na wrzód żołądka, przyczem badał zawsze siłę antypeptyczną surowicy chorego względem jego własnego soku; te badania porównawcze wykazały stały, niezależny od kwasoty danego soku żołądkowego niestosunek pomiędzy siłą antypeptyczną surowicy a siłą trawienną soku u chorych na wrzód w odróżnieniu do prawidłowego hamowania u zdrowych. Według Kohlera próba ta, łatwa do wykonania dzięki zastosowaniu metody kolorymetrycznej ma być pewnym (w 97% przypadków) pomocniczym środkiem rozpoznawczym w schorzeniach żołądka. Badania nad zachowaniem się siły antypeptycznej u operowanych z powodu wrzodu żołądka, u ciężarnych, oraz nad jej zmianami wywołanemi wstrzykiwaniem ciał białkowatych i in. toczą się obecnie na Klinice lwowskiej. Jasnem jest że prace powyższe musiały zachęcić do prób leczenia wrzodu żołądka antypepsyną, a Katzenstein, Fuld, Neumayer opisali zadawalające wyniki. Ilowcow uzyskał podwyższenie własności antypeptycznych surowicy krwi przez wstrzykiwanie wśródotrzewnowe pepsyny u psów, a jak wykazały badania Grucy i Jankowskiej (18) można rzeczywiście wywołać u zwierzęcia zmiany własności tych w obydwóch kierunkach zależne jednak w znacznym stopniu od sposobu i ilości podanej pepsyny; przy próbach leczenia należałoby według G. używać bardzo małych dawek celem uniknięcia wstrząsu i działania wprost przeciwnego.

Kwestja ogólno-konstytucyjnych przyczyn wrzodu żołądka wiąże się z badaniami nad zmniejszoną skłonnością do tegoż u ciężarnych, u których, jak zwrócili uwagę Rosenfeld, Anerodias, Ploennia, Chabannes, De Play Kurz, Sminder, następuje znaczna poprawa, jeżeli wrzód istniał przedtem, a przebicie wrzodu należy do największych rzadkości. Silvestri (19) odnosi ten korzystny wpływ ciąży do wyrównywania się wahań pomiędzy nerwem błędnym a współczulnym na podstawie swych doświadczeń; owrzodzenia w żołądku, które uzyskał przez wycięcie nadnercza i przytarczycy u psów i królików nie występowały u samic ciężarnych. Szenes (20) tłumaczy zależność gojenia się wrzodu od ciąży warunkami mechanicznemi, zmianami ukrwienia żołądka powodującemi obniżenie kwasoty, wspomina jednak o wpływie zmian w wydzielaniu wewnętrznem.

Coraz częstsze opisy przypadków z typowemi, długoletniemi objawami wrzodu żołądka lub dwunastnicy, którego jednak przy operacji nie można było znaleźć, zachęciły w ostatnich czasach wielu autorów do dokładniejszych poszukiwań za miejscową, anatomiczną przyczyną takich dolegliwości. O zmianach zapalnych błony śluzowej wykrytych w tego rodzaju przypadkach przez Konjetzny'ego wspomniano już wyżej. Tu poruszymy jeszcze sprawę zmian łącznotkankowych na zewnętrznej, powierzchni żołądka, która interesuje wielu autorów. I tak Doberer (21) wyodrębnił obraz chorobowy, który określa jako *perigastritis adhaesiva* analogicznie do *pericholecystitis i peri-appendicitis*, charakteryzujący się objawami klinicznemi wrzodu a przy operacji tylko zrostami w okolicy odźwiernika i tylnej ściany żołądka, przerostem zwieracza i skłonnością do skurczów. Podobne formy kliniczne opisali Schneider (22), Förster, Walzel, Zander (23) i Makai (24). Schneider przypisuje im pochodzenie zapalne, podobnie jak Zander, który odnosi owe zmiany łączno tkankowe na tylnej ścianie żołądka do przebytych ostrych stanów zapalnych trzustki (*pancreatitis acuta serosa*). Natomiast Makai nie uznaje genezy zapalnej opisanych przez siebie zmian — które nie są »zrostami« we właściwem tego słowa znaczeniu, lecz przedstawiają się jako cienkie, błyszczące, przejrzyste i ukrwione błonki pochodzenia zarodkowego, podobne bardzo do nieraz równocześnie istniejących błon na kiszce ślepej i okrężnicy wstępującej (Jackson, Duval) inne oświetlenie rzucają na tę sprawę wywody Payra (25) o konstytucji hipoplastycznej, charakteryzującej się z jednej strony skłonnością do bujania tkanki łącznej, samoistnych zrostów błon surowiczych, zesztywnienia stawów i t. d. z drugiej istniejącą równocześnie słabością mniej wartościowej tkanki łącznej, która ułatwia powstanie przepuklin i zniekształceń a zależy od niedomogi elementów elastycznych (Hueck).

Drugą jednostką chorobową która pozostaje w związku z klinicznemi objawami wrzodu żołądka lub dwunastnicy oraz powikłaniami po operacjach żołądkowych w rodzaju operacji Rydygiera jest przewlekłe zagięcie obwodowego odcinka dwunastnicy o którem wiele w ostatnich czasach pisano. Schorzenie to występuje albo samoistnie powodując objawy podobne do wrzodu żołądka lub dwunastnicy (Gregoire) lub też ujawnia się dopiero po operacjach wycięcia wrzodu przywracających połączenie żołądka z dwunastnicą (Rydygiera, Kochera, Finneya, Haberera) pod postacią mniej lub więcej ostrej wysokiej niedrożności jelitowej i rozstrzeni żołądka (Heile, Kostliwy (26), Pototschnig (27), Zoepffel (28), Schoemaker, Mayer (29). Jedni, jak przedewszystkiem Haberer (30), Duval (31) uważają za przyczynę wymienionego cierpienia mechaniczne zwężenie dwunastnicy wywołane uciskiem silnie napiętej krezki lub tętnicy krezkowej górnej — uznając tem samem istnienie tętniczo-krezkowej niedrożności. Haberer

stwierdził takie stosunki roentgenologicznie i w czasie operacji. Mac Kenty odnosi zwężenie do pozycji stojącej u człowieka przyczem pewien stopień zwężenia jest fizjologiczny, inni jak Nesbitt, Tinkham, Barling, Zoepfel, Könneke, Meyer, Sokołow, Lewin, Wideróe, skłaniają się do mechanicznej teorji zwężenia. Natomiast Melchior (32) kładzie główny nacisk na zaburzenia czynnościowe, atonję dwunastnicy, która pozostaje w związku z wrodzonem jej rozszerzeniem, opisanem przezeń jako *»megaduodenum congenitum«*, a widzianem również przez Gregoire'a, Judda, Gamberiniego i in.; Melchior wskazuje trafnie na podobieństwo takiego wrodzonego przerostu dwunastnicy do podobnego zjawiska w jelicie grubem oraz cienkiem (Torkel). Niejako godzą obie teorje doświadczenia Koennekego (33), który wykazał że u psów nie można wywołać obrazu rozstrzeni żołądka i dwunastnicy ani przez jej porażenie wywołane przecięciem nerwów błędnych, ani też przez wytworzenie sztucznej przeszkody na granicy dwunastnicowo-jelitowej; dopiero obydwa warunki równocześnie powodują typową rozstrzeń żołądka i dwunastnicy. Czysto więc mechaniczna przeszkoda nie wystarcza, musi istnieć równocześnie i zależnie od zaburzeń w innerwacji, osłabienie ścian żołądka i dwunastnicy, które nie mogą pokonać już przedtem istniejącej przeszkody.

Coraz większe wymagania pod względem ścisłości wskazań operacyjnych powodują dążność do sprecyzowania metod badania schorzeń żołądka umożliwiających rozpoznanie przed operacją. Beck, Elsner, Schindler a przedewszystkiem Sternberg (34) polecają na nowo bezpośrednie oglądanie wnętrza żołądka zapomocą wynalezionych przez nich przyrządów – gastroskopów, analogicznie do cystoskopji. Sposób ten nie jest zbyt bezpieczny, gdyż Sternberg, który rozwodzi się szeroko nad sposobami uniknięcia niebezpieczeństw sam przeżył wypadek śmierci spowodowany gastroskopją, a opisany niedawno przez Sauerbrucha (36). Hammesfahr uważa laparotomię próbną za zabieg mniej ryzykowny jak gastroskopja, nie mówiąc o jej brakach, z których najważniejszym jest niemożność obejrzenia całego żołądka.

Większe nadzieje mogłyby rokować badania Gundermanna i Düttmanna (36) nad wydzielaniem wody i soli u chorych na wrzód lub raka żołądka, gdyby im naraz z wielu stron nie zarzucano nieścisłości metodyki i bezwartościowości praktycznej. Według G. i D. mianowicie chorzy na wrzód okazują niezmienione wydzielanie wody przy dobrym wywozie soli, chorzy na raka odznaczają się ograniczeniem wywozu soli, przy zrazu dobrem a w późniejszych stadjach zmniejszonem wydzielaniu wody. Bonn (37), Marr (38), Schlesinger (39) odmawiają na podstawie podobnych badań wartości praktycznej powyższej metodzie. Z innych metod — Schemensky (40) stara się zastosować oznaczenie wskaźnika stalagmometrycznego moczu do rozpoznania cierpień żołądkowych. Riabow i Smotrow, Goldstein zajmują się na nowo próbą Wolff-Junghausa dla rozróżnienia wrzodu od raka żołądka, o próbie Kohlera na własności antypeptyczne surowicy wspomniano już wyżej. Bode (41) poleca gorąco interferometryczną metodę badania surowicy krwi (Hirscha) na odczyn Abderhaldena dla odróżnienia wrzodu od raka żołądka.

Inni starali się o podanie cech rozpoznawczych dla odróżnienia wrzodu od raka już po otwarciu jamy brzusznej, co niezawsze jednak jest łatwem a nieraz jak wynika z badań Konjetzny'ego i po otwarciu żołądka jest niemożliwem. Schneider (42), zwrócił szczególną uwagę na zachowanie się powiększonych gruczołów chłonnych w okolicy żołądka i podaje jako charakterystyczną dla wrzodu obecność ich w obydwóch krzywiznach, podczas gdy przy stanach zapalnych woreczka żółciowego gruczoły mogą się pojawić tylko w krzywiźnie małej; przy przewlekłem zapaleniu błony śluzowej żołądka bez wrzodu — gruczołów powiększonych S. nie widywał. Flörcken (43) przeciwnie stwierdził, że nieraz rzecz ma się odwrotnie, gdyż według niego około 50% wrzodów może przebiegać bez powiększenia gruczołów, natomiast często powiększają się one przy stanach zapalnych, zwłaszcza o ile tyczą się one mieszków chłonnych; w każdym razie jednak obecność powiększonych gruczołów skłania F. do resekcji.

Wymienione wyżej wyniki badań nad pochodzeniem wrzodu nie pozostały bez wpływu na wskazania operacyjne ogólne i szczegółowe. Zwrot ku teorjom ogólno-konstytucjonalnym pociągnął za sobą pewną, zaznaczającą się w ostatnich czasach większą powściągliwość w leczeniu operacyjnem, dążność do wykorzystania sposobów leczenia nieoperacyjnego. Należą tu interesujące próby leczenia wrzodu wstrzykiwaniami nowoprotiny, opisane świeżo przez Pribrama (44) na podstawie 3-letniej obserwacji; leczenie ma polegać na występowaniu reakcji ogniskowej, a objawia się obniżeniem pobudliwości nerwu błędnego i współczulnego, ustępowaniem spazmów, znikaniem niszy i t. d. Istnieją jednak przypadki oporne, w których poleca Pribram wycięcie części odźwiernikowej. Pletnew (45) zastosował nawet zjawianie się reakcji ogniskowej po wstrzykiwaniach nowoprotiny w celu odróżnienia wrzodu od nerwicy żołądka. Dobre wyniki po nowoprotinie opisali też Grote i Bergmann, którzy tłumaczą je korzystnem działaniem na naczynia krwionośne. Odmienną proteinoterapję zastosowali Holler i Veorler (11), używając, dobranej do swej teorji zmian w układzie nerwowym, wakcyneuryny, a też i yatrenu i opisali bardzo dobre wyniki, spowodowane, jak sądzą, reakcją ogniskową w schorzałych nerwach.

Postęp w leczeniu nieoperacyjnem względnie przygotowaniu chorego do operacji może stanowić polecane przez Einhorna i Bockusa (46) karmienie chorych na wrzód specjalnym zgłębnikiem dwunastnicowym wprowadzonym głęboko do jelita przy równoczesnem wprowadzaniu środków leczniczych do żołądka. Nie można natomiast przywiązywać nadziei do prób zmniejszenia kwasoty zapomocą naświetlania promieniami Roentgena (Menzer i in.), gdyż obniżenie to jest nietrwałe i ustępuje miejsca wyrównawczemu zwiększeniu kwasoty jak też i wykazały badania Czeżowskiej (47).

Ze stanowiska zarówno teorji zmian miejscowych jak i teorji ogólno-konstytucjonalnych uzasadnionym się wydaje zwrot ku sposobom operacyjnym doszczętnym, na niekorzyść zabiegów zachowawczych, przedewszystkiem zespolenia żoł.-jelit. Szczególnie daje się on zauważyć w piśmiennictwie niemieckiem, w którem nie spotyka się obecnie takich hymnów pochwalnych o zespoleniu jak jeszcze w r. 1921; natomiast z pomiędzy autorów francuskich, a zwłaszcza amerykańskich, wielu poleca obecnie zespolenie żoł.-jelit. jako metodę wyboru przy różnego rodzaju wrzodach, szczególnie w połączeniu z przypaleniem dna wrzodu lub jego małem wycięciem (Balfour (48), Hartmann (49), Christoph, Serrada, Sullivan, Warren), rezerwując wycięcie doszczętne dla odpowiednich przypadków (Hartman, Deaver, Levissohn) i uznając wówczas jego zalety.

Do dawniej podnoszonych wad zespolenia, jak pozostawienie wrzodu, niebezpieczeństwo krwotoku, przebicia i przejścia w raka, którem to ostatniem niebezpieczeństwem zajmuje się obecnie wielu autorów (Konjetzny, Finsterer [50], Morley, Cheever) przybyły nowe względy. I tak, Konjetzny uważa przewlekły stan zapalny żołądka za przeciwskazanie do zespolenia, utrzymując że chorzy tacy znoszą je szczególnie źle; cyfra 100% spotykanych przy wrzodzie zmian zapalnych mówi tu sama za siebie. Według K. tylko doszczętne wycięcie najwięcej zmienionej odźwiernikowej części żołądka może w tych przypadkach być skutecznem, gdyż usuwa przyczynę dolegliwości podłoże wrzodu i raka (leczenie przyczynowe). Następnie w przypadkach wrzodu żołądka lub dwunastnicy w których na pierwszy plan wybijają się objawy nerwowe, stany spastyczne, wyniki po zespoleniu mają być według Hohlbauma (51) i Pribrama (52) bardzo korzystne Jeżeli dodamy do tego przypadki z anatomicznem zwężeniem odźwiernika, przy których wykonane zespolenie równa się zrazu wyłączeniu odźwiernika, dziś prawie zupełnie zarzuconemu, a wreszcie przypadki z znacznem rozszerzeniem żołądka, w których jak to widziano na Klinice Lwowskiej zespolenie nic nie pomaga — to przyznać należy że wskazania do zespolenia ograniczają się coraz bardziej.

Podobnie i jedno z głównych do niedawna wskazań zespolenia a mianowicie wrzód dwunastnicy, przy którym Küttner i Melchior polecali zespolenie jako metodę wyboru z powodu zbyt wielkiego rzekomo niebezpieczeństwa wycięcia, traci coraz więcej na znaczeniu, dzięki pracom Clairmonta i Haberera; wycięcie doszczętne wrzodu dwunastnicy stosuje się coraz częściej, a przy zachowaniu ostrożności nie przedstawia ono wiele większych niebezpieczeństw jak wycięcie wrzodu żołądka. W przypadkach zaś, w których doszczętne usunięcie wrzodu dwunastnicy jest niemożliwe, poważną konkurencję dla zespolenia stanowią zabiegi półradykalne. Jedyne, uznawane dotychczas przez zwolenników wycięcia, wskazanie do zespolenia — t. j. zbyt wielkie trudności techniczne usunięcia wrzodu żołądka lub dwunastnicy i zły stan ogólny chorego ogranicza się mianowicie w dalszym ciągu przez wprowadzenie sposobów półdoszczętnych; należy tu t. zw. palliatywne wycięcie części odźwiernikowej, polecane przy wrzodzie nieodźwiernikowym przez Mandlenera (53) przy wrzodzie dwunastnicy i wpustu przez Flörckena (54) a w formie rozszerzonego wycięcia i części dna żołądka przez Finsterera (55). Kreuter, Schmieden, Enderlen i in. opisali po sposobie tym bardzo dobre wyniki. Jeżeli wrzód żołądka jest usadowiony bardzo wysoko lub jest bardzo rozległy i szeroko drąży, takie wycięcie samej tylko części odźwiernikowej z pozostawieniem wrzodu i połączenie żołądka z jelitem końcowo-bocznie sposobem Krönleina-Reichla jest bardzo racjonalnem a na Klinice lwowskiej stosowano je nieraz z bardzo dobrym wynikiem również i przy nienadających się do wycięcia wrzodach dwunastnicy. Łączy ono korzyści zespolenia z trwałem obniżeniem kwasoty przez zniesienie drugiej, chemicznej fazy wydzielniczej oraz usuwa najwięcej schorzałą część żołądka; nie jest zaś zabiegiem trudniejszym i wiele dłuższym jak zespolenie. Zresztą i wzgląd na zły stan chorego można osłabić przez odpowiednie przygotowanie go przed zabiegiem zapomocą zwłaszcza wlewań dożylnych cukru gronowego kroplowych lawatyw odżywczych, zasadnicze stosowanie znieczulenia miejscowego i cały nowożytny leczniczy aparat pooperacyjny; chorzy, tak przygotowani, znoszą dobrze nawet rozległe doszczętne wycięcie żołądka mimo bardzo złego stanu sił przed operacją.

Dążność do zastąpienia niefizjologicznego zespolenia, żoł.-jelit. innemi zabiegami zachowawczemi wyraża się nadto w silnym zwrocie ku zabiegom na odźwierniku, któremu już dawniej Haberer przypisywał szczególną i główną rolę w powstawaniu różnych dolegliwości, nawrotów i powikłań po operacjach; toteż H. polecał przedewszystkiem wycinanie odźwiernika jako warunek uleczenia. Obecnie z różnych stron polecają zabiegi unieszkodliwiające działanie odźwiernika przez jego przecięcie, względnie plastykę.

Braitzew (57) w przypadkach wrzodu nieodźwiernikowego, Gregory (56) w przypadkach, w których mimo objawów wrzodu — przy operacji nie stwierdza się go, polecają dawną pyloroplastykę Heineke-Mikulicza, Grekow, Fedoroff, Petrow, Martynoff, Horsley polecają ją również przy wrzodzie nieodźwiernikowym. Ochleker (58) radzi unikać zespolenia a stosuje w wypadkach, w których usunięcie wrzodu przedstawia trudności gastro-duodenostomię w połączeniu z przecięciem zwieracza odźwiernika, a więc operację Finney'a ulubioną w Ameryce, i opisuje łatwą jej technikę. Tego rodzaju zabiegi na odźwierniku najlepiej uzasadnia Payr (59) porównując przecięcie odźwiernnika do przesunięcia lub rozciągnięcia zwieracza odbytu przy rozpadlinie jako źródła bólów i spazmów. Payr poleca przecięcie zwieracza odźwiernika nad śluzówkowe, t j. zabieg Weber-Ramstedta stosowany u osesków, jako bardzo łatwy, szybki a nie grożący operowanemu najmniejszem niebezpieczeństwem; jako wskazania wymienia wszelkie stany spastyczne odźwiernika przy wrzodzie lub bez wrzodu, przy wiądzie rdzenia, opadnięciu żołądka, oraz przy raku nie nadającym się do wycięcia.

Jakkolwiek więc istnieje jeszcze poważny zastęp zwolenników zespolenia jako głównego sposobu leczenia przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy, to jednak przewaga na korzyść innych sposobów, uzasadniona wynikami nowszych badań staje się coraz wyraźniejszą. Są to przedewszystkiem zabiegi doszczętne, polegające na wycięciu wrzodu wraz z częścią odźwiernikową lub z częścią dna żołądka, które mają na celu uzyskanie zmiany w stosunkach wydzielniczych, korzystnej dla trwałego uleczenia (por. Spr. pogl. w G. lek. 18-19 1923), oraz usunięcie najwięcej zmienionej zapalnie części żołądka. Zabiegi które nie spełniają tego warunku, jak wyłączenie odźwiernika, zwykłe zespolenie oraz wycięcie żołądka poprzeczne i wycięcie częściowe krzywizny małej tracą na wartości. Jako najkorzystniejsze bywa uznawane połączenie pozostałej części żołądka z dwunastnicą, gdyż przywraca stosunki zbliżone najwięcej do naturalnych; zresztą najwięcej zwolenników ma połączenie końcowo boczne Kroenleina-Reichla, przekroju pozostałej części żołądka wprost z jelitem czczem. W razie gdy doszczętne wycięcie wrzodu czy to żołądka, czy to dwunastnicy przedstawia trudności techniczne lub niebezpieczeństwa wchodzą w grę zabiegi półdoszczętne, usuwające samą tylko część odźwiernikową, które czynią zadość wskazaniom operacyjnym lepiej jak zespolenie; to ostatnie należy jednak zarezerwować jako bezsprzecznie wartościową metodę leczniczą (Hilarowicz [60]) dla tych wypadków, w których rozległość i charakter wrzodu uniemożliwia i półdoszczętne wycięcie. Wreszcie w przypadkach odpowiednio dobranych należy się spodziewać dobrych wyników po zabiegach znoszących czynność samego tylko odźwiernika.

Piśmiennictwo.

1) D. Med. Woch. 47—49. Wien. Med. Woch. 49—52., Gazeta Lek. 1888. 24 25. — 2) Gaz. Lek. 1882, 26; 1883, 44. — 3) Arch. f. Kl. Chir. 129., D. Z. f. Chir. 184. — 4) Wien. Kl. Woch. 22, 4. 5) Ar. f. Kl. Chir. 128. — 6 i 7) Ar. f. Kl. Chir. 122, 132. — 8) Virchovs Ar. 248. — 9) Mitt. a. d. Grgeb. 36, suppl. — 10) Pol. Gaz. lek. 1923, 34. — 11) Ar. f. Verd. Kr. 29, 31, 32. — 12) Ar. f. Kl. Chir. 132. 13) Ar. ital di Chir. IX, 12. — 14) Z. f. ges. exp. Med. 24, 13. — 15) Mitt. a. d. Grgeb. 37. — 16) Polski Przeg. Chir. T. III., 2. — 17) Arch. of. Surgery 8,3. — 18) Pol. Przegl. Chir. T. III., 3. — 19) Policlinico XXVII. — 20) Mitt. a. d. Grgeb. 37. — 21) Zb. f. Chir. 1924, 32. — 22) Zb. f. Chir 192. 4. — 23) Zb. f. Chir. 1924, 48. — 24) Zb. f. Chir. 1924, 47. — 25) Zb. f. Chir. 1921, 21. 26) Zb f. Chir. 1923, 35. — 27) Zb. f. Ch. 1923, 35. — 28) Zb. f. Ch. 1923, 32. — 29 Kl. Woch. 1922, 6. — 30) A. f. Kl. Ch. 132. — 31) Ar. de mal. de l'ap. dig. 14, 3. — 32) Arch. f. Kl. Ch. 125, 128, Zb. f. Ch. 1924, 49. — 33) Brunn's B. 127, D. Z. f. Ch. 175. — 34) D. Z. f. Ch. 183. — 35) Zb. f. Ch. 1924, 38. — 36) Mitt. a. d. Grgeb. 36. — 37) Mitt. a. d. G. 34. — 38 i 39) Mitt. a. d. G. 36. — 40) Mitt. a. d. G. 34. — 41) D. Z. f. Ch. 181. — 42) Zb. f. Ch. 1923, 40. — 43) Zb. f. Ch. 1925, 1. — 44) Kl. Woch. 2, 46. — 45) D med Woch. 49, 34. — 46) Journ. of. t. Am. med. Asocc. 82, 1924. — 47) Pol. Gaz. Lek. 1923, 50 i 51. — 48) Ann. of. surg. 79, 3. — 49) Scalpel 76, 45. — 50) Ar. f. Kl. Ch. 131. — 51) Zb. f. Ch. 1923, str. 291. — 52) Zb. f. Ch. 1925, 5. — 53) Zb. f. f. Ch. 1923, 34, 1924, 35. — 54) Zb. f. Ch. 1923, 45. — 55) Ar. f. Kl. Ch. 131; Zb. f. Ch. 1924, 42. — 56) Zb. f. Ch. 1924, 33. — 57) Nowy Chir. Ar. 1923, 12. — 58) Zb. f. Ch. 1923, 39. — 59) Zb. f. Chir. 1924, 44. — 60) Pol. Przegl. Chir. T. III., 3.

Z praktyki.

Mieczysław GOLDMAN. Warszawa.

Postać lędźwiowa samoistnego zapalenia opon miękkich. Rzadka jednostka chorobowa.

Z oddziału chorób wewnętrznych Władysława Janowskiego w Szpitalu Dziec. Jezus w Warszawie.

Poniżej podajemy przypadek, który nie został za życia stanowczo rozpoznany dzięki temu, że w ciągu dłuższego początkowego okresu choroby wysuwał się na pierwszy plan zespół objawów, pozwalających przypuszczać zapalenie wyrostka robaczkowego, ewentualnie schorzenie w obrębie pęcherzyka żółciowego.

Chora lat 45, panna, z zawodu pracownica w papierni, przybyła dnia 14, VI. 1924 r. Podaje, że zachorowała sześć dni przed przybyciem do szpitala, nagle poczuła ogólne osłabienie, chęć do snu, ból głowy, łamanie w kościach i dreszcze. Twierdziła, że przeziębiła się poprzedniego dnia po wyjściu z łaźni. Zmuszona była położyć się do łóżka, przyczem stale bolała ją cała prawa połowa ciała, szczególnie prawy bok, przy głębszem oddychaniu ból się wzmagał, w przeciągu tygodnia trwał z jednakowem nasileniem; chora stale odczuwała nudności oraz

brak łaknienia. W dniu zachorowania miała rozwolnienie, w ciągu następnych dni zaparcie stolca. Kaszlała i odpluwala niewiele. Przed chorobą łaknienie miała mierne, po jedzeniu odbijania, nudności ani wymiotów nie miewała. Odczuwała bicie serca od czasu do czasu duszność. Mocz oddawała prawidłowo. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 16-tym roku życia i utrzymywało się do 25 roku, od tego czasu krwawień macicznych nie miała, czasami pojawiały się upławy. W dzieciństwie przechodziła płonicę, ospę wietrzną, odrę. W roku 1916 ym przechodziła krwawą biegunkę. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny: budowa wątła, odżywienie mierne, powłoki skórne zabarwione prawidłowo, śluzówki bladawe, gruczoły chłonne wyczuwalne na szyi, małe, twarde, niebolesne. Tarczyca niepowiększona. Ciepłota 37,2°. Tętno — 70 uderzeń na minutę, miarowe, średnio napełnione, napięte. Oddechów 32 na minutę. Czaszka niebolesna na ucisk, uzębienie dobre, migdałki małe, różowe. Język nieobłożony. Szyja dość długa. ruchomość szyi i kręgosłupa prawidłowa, zwłaszcza nie było sztywności. Klatka piersiowa płaska, długa, kąt międzyżebrowy ostry, międzyżebrza szerokie, niebolesne na ucisk. Ruchy oddechowe powierzchowne, gdyż głębszy oddech wywoływał nasilenie bólu w brzuchu. Wypukowo górna granica płuc od tyłu sięga do VII. kręgu szyjnego, dolna w X-tym międzyżebrzu, ruchomości nie stwierdzono. Nieznaczne stłumienie nad lewym szczytem do grzebienia łopatki, pozatem odgłos wypukowy normalny. Nieznaczne osłabienie oddechu nad lewym szczytem, pozatem oddech pęcherzykowy. Z przodu górna granica $2^1/_2$ palca powyżej obojczyków, dolna w V-tem międzyżebrzu. Ton wypukowy normalny, oddech pęcherzykowy osłabiony. Granice serca wypukowo normalne, tony czyste, głośne, między niemi krótki szmer telesystoliczny u wierzchołka. Brzuch wzdęty, ton wypukowy bębenkowy, znaczna bolesność na ucisk w okolicy pęcherzyka żółciowego oraz niżej po stronie prawej. Wątroba oraz śledziona niepowiększone. Źrenice okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływują prawidłowo. Odruchy skórne i ściegnowe — prawidłowe. Mocz cewnikowany w ilości 150 cm³ ciemno-żółty, mętny, kwaśny, c. g. 1017, chlorków 6,4 gr na litr. Białka, cukru, acetonu, kw. dwuoctowego — nie stwierdzono, barwików żółciowych i kw. żółciowych — 0, urobilinogen i urobilina nieco zwiększone, odczyn dwuazowy ujemny. Osad dość obfity, liczne nabłonki wielokątne i płaskie, pojedyncze leukocyty co 2—3 pola widzenia. We krwi brak leukocytozy. Zgłębnikowanie dwunastnicy nie udało się, gdyż zgłębnik w ciągu $1^1/_2$ godz. nie przeszedł do dwunastnicy.

Opierając się na powyższych badaniach skłonni byliśmy umiejscawiać cierpienie w jamie brzusznej nie rozstrzygając między cierpieniem pęcherzyka żółciowego, a jakiemś nietypowem zapaleniem wyrostka robaczkowego. W przeciągu następnych trzech tygodni stan chorej nie ulegał większym zmianom, ciepłota nie przekraczała 37,5°, wzdęcie brzucha stopniowo się zmniejszało i pozornie wszystko szło ku lepszemu, nie dając podstaw do ściślejszego ustalenia rozpoznania w jednym z powyższych dwóch kierunków. Leczenie było objawowe — Nagle wieczorem dnia 26. VI. stan gwałtownie się pogorszył. Ciepłota podniosła się do 39,2°, tętno 100, chora skarżyła się na senność, silny ból głowy, wielkie pragnienie, w ciągu najbliższej nocy wymiotowała dwa razy. Nazajutrz podczas wizyty stwierdzono wybitną sztywność karku, objaw Kerniga i Brudzińskiego. Brzuch miała wtedy miękki. Płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał pod dużem ciśnieniem, był wyraźnie mętny, białka 0,6‰, Nonne-Appelt wybitnie dodatni, ilość leukocytów w płynie wynosiła 34300 na 1 cm³ podług Thoma-Zeissa, posiew dał wynik ujemny. We krwi stwierdzono leukocytozę neutrofilną, ilość ciałek białych = 15000,

wzór:	00	00081	316

Rozpoznaliśmy *meningitis seroso-purulenta*, nie mogąc sobie zdać sprawy, w jakim stosunku cierpienie to pozostaje do przypuszczalnego w ostatnich czasach nietypowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Stan chorej szybko się pogarszał i po upływie trzech dni zmarła.

Rozpoznanie anatomo-patol. brzmiało w sposób następujący: »*Leptomeningitis fibrinoso-purulenta spinalis ad pontem progrediens. Dilatatio totius cordis subsequente degeneratione adiposa myocardii. Pleuritis productiva parietalis et diaphragmatica. Infiltratio adiposa hepatis et renum. Tumor lienis subacutus. Oedema loborum inferiorum pulmonis utriusque. Tracheobronchitis chronica.*

Największe zmiany znajdują się w obrębie rdzenia kręgowego, głównie w okolicy lędźwiowej. Opona twarda rdzenia mętna, pokryta złogami włóknika, opony miękkie zgrubiałe, pokryte włóknikiem oraz treścią mazistą. Rdzeń bardzo blady, rysunek wyraźny. W całej jamie czaszkowej drobne wybroczyny, z kanału kręgowego wydobywa się płyn śmietankowaty. Opony miękkie u podstawy zwłaszcza w okolicy móżdżku nieco zmętniałe, tamże naczynia silnie nastrzyknięte. Pęcherzyk żółciowy spadnięty, miernie wypełniony żółcią, nieco śluzu, rysunek błony śluzowej zachowany. W jamie brzusznej wogóle zmian patologicznych nie stwierdzono, kątnica ruchoma, wyrostek robaczkowy na własnej krezce zwisa ku miednicy małej. W opłucnej prawej powrózkowaty zrost z przeponą i mocny od tyłu, w dolnej części opłucna ścienna bardzo zgrubiała, jakby polukrowana, takie same ogniska na opłucnej przeponowej. Zgrubienia w opłucnej lewej podobne jak w prawej.

Mieliśmy więc do czynienia z zapaleniem ropnem opon miękkich, które, jak widać z opisu anatomicznego, zaczęło się w okolicy kręgów lędźwiowych, a następnie stopniowo przeniosło się wyżej. Co do etjologji tej sprawy, to należy przypuszczać, że była to sprawa pierwotna i aczkolwiek posiew płynu dał wynik ujemny, obraz anatomo-patol. przemawiał za *meningitis spinalis epidemica.* Dość duże zmiany w obu opłucnych są zmianami staremi i nie wykazały żadnego zaostrzenia sprawy chorobowej, tak że możemy z dużem prawdopodobieństwem wyłączyć je, jako ewentualny punkt wyjścia sprawy chorobowej.

Powracając do strony klinicznej należy sobie wytłumaczyć bóle utrzymujące się stale w jamie brzusznej po stronie prawej, jako skutek zajęcia przez sprawę chorobową odpowiednich korzonków nerwowych co mogło powodować wyraźnie zaznaczoną przeczulicę odpowiednich odcinków skóry, bolesność na ucisk głębszych części jak mięśni i t. d., co miało właśnie miejsce w naszym przypadku, oraz stan wzmożonego napięcia mięśni powłok brzusznych, występującego w różnych miejscach brzucha w przebiegu choroby. Dopiero po badaniu pośmiertnem stały się dla nas zrozumiałemi bóle głowy i senność chorej w ciągu pierwszych trzech dni pobytu w szpitalu. Z objawów tych jedynie pewna senność chorej była dla nas niezrozumiała i w dalszym przebiegu choroby. Bezstronność nakazuje przyznać, że wszystkie przytoczone powyżej objawy mogłyby wystarczyć do przyżyciowego rozpoznania sprawy zapalnej w oponach mózgowych, ograniczonej do ich części lędźwiowej. Gdybyśmy o istnieniu podobnej jednostki chorobowej wiedzieli to nagłe wystąpienie gwałtownych objawów ogólnych na 2 dni przed śmiercią byłoby wtedy ostatecznem potwierdzeniem tego rodzaju wczesnych przypuszczeń. Niestety nie wiedzieliśmy, że podobne ograniczone zapalenie opon mózgowych opisano już, jako oddzielną postać kliniczną. Dopiero po śmierci chorej dowiedzieliśmy się w rozmowie od dr. Zandowej, że podobna postać, jako wielka rzadkość istnieje. To stało się powodem ogłoszenia naszego przypadku, jako ciekawego przyczynku do tej rzadkiej postaci spraw ograniczanych w oponach mózgowych, w celu ostrzeżenia innych od popełnienia naszego błędu.

Po odpowiednich poszukiwaniach literackich stwierdziliśmy, że pierwszy tego rodzaju przypadek, klinicznie daleko bardziej jaskrawy, gdyż dający bóle strzelające do kończyn dolnych, ale trwający też długo, bo 8 tygodni, opisali w r. 1909 Déjerine i Tinel. Płyn mózgowo-rdzeniowy w ich przypadku był krwawy i wyhodowano z niego *meningokokki Weichselbauma.* Autorowie proponowali nazwę dla swego przypadku: *meningite cerebro-spinale fruste, radiculite lombo sacrée*, lub *meningite de la queue de cheval.*

De Massary i Chatelain opisali przypadek, w którym zmiany oponowe przez cały czas choroby były umiejscowione wyłącznie w części lędźwiowej rdzenia i cały przebieg symulował *myelitis transversa.*

O ile wiemy poza przytoczonemi dwoma spotrzeżeniami innych w piśmiennictwie niema — w każdym razie nawet najnowsza monografja Doptera więcej ich nie podaje.

Piśmiennictwo.

1) Déjerine et Tinel: Societé de Neurologie 6 mai 1909 r. — 2) Massary et Chatelain: Meningo-myelite méningococcique á localisation exclusivement dorso-lombaire et simulant la myélite transverte. Societé de Neurologie 10 fevrier 1910 r. — 3) Dopter: L'infection méningue. 1921.

Dr. Benedykt FROMMER. Drohobycz.

Przypadek owrzodzenia pierwotnego na sromie 11 miesięcznego oseska.

Wypadki owrzodzenia pierwotnego na częściach rodnych u małych dzieci są bardzo rzadkie.

W literaturze mnie dostępnej znalazłem tylko 1 przypadek *ulc. dur. Vulvae* (Zentr. Bl. 1922/IV. Fraser A. Reit. i wzmiankę w Zentr. Bl. 1925|XV H. 5/6 Serra Alberto).

Wypadek niniejszem zreferowany zasługuje na wspomnienie tak ze względu na bardzo rzadko dotychczas opisane umiejscowienie, jak i ze względu na prawdopodobny sposób zakażenia.

Dnia 14. VIII. 1924 r. zjawia się w mej ordynacji ze swem 11-miesięcznem dzieckiem matka ze skargą na »czyraczek« zauważony na sromie swego dziecka. Moje badanie niezszczepionego wogóle dziecka okazuje:

Na wielkiej wardze sromowej dziecka znajduje się płaski wrzód wielkości 5 groszy o konsystencji średnio twardej, o ostrych, nieco wzniesionych brzegach, obustronne obrzmienie gruczołów pachwinowych. Zatem klinicznie niezaprzeczalny twardy wrzód. Drobnowidowo, krętki blade w obfitej ilości. Reakcja Wassermanna ujemna. Zresztą żadnych objawów, ani na skórze, ani na błonach śluzowych, inne gruczoły nie powiększone. Robię natychmiast inj Neosalv. 0,05 w żyłę skroniową. Dnia 28. VIII. drugi Wassermann + + +, dziecko poddaję kombinowanemu leczeniu (wcierki i Neosalv.).

Interesował mię sposób zakażenia tego dziecka. W tym celu całe otoczenie dziecka poddałem dokładnemu badaniu i mogłem stwierdzić, że zarówno ojciec, jak i matka, jakoteż we wspólnem mieszkaniu żyjący wuj i babka dziecka są zdrowymi i tak klinicznie, jak i surowiczo wolnymi od przymiotowego schorzenia. W końcu podaje mi matka, że 5 tygodni przed zgłoszeniem się u mnie bawiła na wsi u swoich rodziców i posługiwała się tam pieluszkami sąsiadek, o ile jej własnych zabrakło i przypomina sobie, że dziecko tej sąsiadki miało jakieś »pryszczyki« na ciele.

Uważam zatem za bardzo prawdopodobne, że zakażenie nastąpiło tą drogą — drogą pieluszki innego przymiotowo chorego oseska.

Z historji medycyny.

Dr. S. GROSGLIK. Warszawa.

W setną rocznicę pierwszej litotrypsji.

Ku czci Civiale'a *).
(1792 – 1867).

> „Un calculeux est soumis à l'opération de la lithotritie, la pierre est broyée, les débris sont expulsés, les souffrances cessent, la santé revient: autant déffets que chacun peut voir et apprécier".
> *Civiale (1864).*

W tych prostych słowach, wyrzeczonych na krótko przed śmiercią, zawarł Civiale całą treść postępowania, które 40 lat przedtem ku wielkiemu pożytkowi cierpiących zapoczątkował i któremu całe swe pełne chwały życie poświęcił. Właśnie w r.b. upłynęło 100 lat od czasu wykonania pierwszej operacji kruszenia kamienia w pęcherzu moczowym. Do operacji stanął Jean Civiale młody i nieznany jeszcze wówczas lekarz paryski.

Na wniosek Civiale'a Akademja Nauk w Paryżu wydelegowała dwóch swoich członków Chaussier i Percy, którym polecone było zbadanie nowego sposobu usuwania kamienia z pęcherza bez uciekania się do operacji cięcia. W dniu 13 stycznia 1824 r. wysłannicy ci przybyli do mieszkania Civiale'a, gdzie zastali liczny poczet najwybitniejszych przedstawicieli ówczesnego świata lekarskiego, zwabionych nowością pomysłu.

Operacji poddawał się osobnik 32-letni, który od czterech blisko lat cierpiał na kamień i w obawie przed cięciem uchwycił się nowej, niewypróbowanej jeszcze metody, jako ostatniej deski ratunku. Ułożywszy chorego na łóżku i stwierdziwszy jeszcze raz zapomocą cewnika obecność kamienia. Civiale napełnił pęcherz wodą, cewnik usunął i z nadzwyczajną zręcznością narzędzie swoje wprowadził. Namacawszy kamień, śrubę, łączącą składowe części narzędzia, rozluźnił, ukryte dotąd szczypce trójramienne wysunął, kamień uchwycił i uwięził i świder w ruch puścił. Trzy razy operator dał choremu wytchnienie, trzykrotnie zapuścił świder w głąb ciała obcego, i za każdem poruszeniem dało się słyszeć trzeszczenie rozpadającego się kamienia. Wrażenie było imponujące zwłaszcza, gdy chory po skończonym zabiegu oddał szczątki skruszonego kamienia wraz z zawartością pęcherza. Cały zabieg trwał około pół godziny, poczem chory odjechał do domu.

Następne dwa seanse odbyły się w tych samych warunkach w odstępach siedmiodniowych, w wyniku czego chory został całkowicie uwolniony od kamienia, którego średnicę oceniono na cal bezmała. Wkrótce potem miał Civiale możność dokonania przed tą samą komisją i w obecności licznych świadków dwóch nowych operacji ze skutkiem również pomyślnym. Na posiedzeniu w dniu 22. marca tegoż roku członkowie komisji złożyli Akademji bardzo szczegółowy raport, w którym z wielkiem uznaniem wyrażają się o nowym pomyśle Civiale'a i dochodzą do wniosku, że metoda ta, stanowiąca nową epokę w sztuce lecznictwa »*est également glorieuse pour la chirurgie française, honorable pour son auteur et consolante pour l'humanité*«.

Narodziny litotrypsji stały się faktem dokonanym.

Ażeby dokładnie ocenić wysoką doniosłość pomysłu Civiale'a, należy uprzytomnić sobie, że działo się to w okresie, kiedy nie znano jeszcze środków znieczulających, o antiseptyce zaś nie było mowy. Litotomja pod postacią licznych odmian cięcia kroczowego, zwanego poprostu „*taille*", należała do najstraszliwszych operacji, i kto mógł unikał jej jak ognia, nie chcąc narazić się na cierpienia podczas zabiegu i na wynik wątpliwy. Szczególnie dużo ofiar zabierało cięcie wśród osób starszych, nic więc dziwnego, że zaledwie około 2% tej kategorji chorych, jak twierdzi Thompson, decydowało się na operację. Największy kontyngens operowanych stanowiły dzieci, u których szanse były bez porównania lepsze.

To też dbały o swoją reputację chirurg tylko w ostateczności stosował cięcie u osób starszych w myśl wskazówek Celsa, który zalecał operację tylko w razach wyjątkowych. „Nie można również — pisze on — przystępować do niej w każdej porze czasu, ani w każdym wypadku tego rodzaju, lecz tylko na wiosnę, u osób młodych, które przebyły dziewiąty a nie przekroczyły czternastego roku życia". Jak słuszną była na owe czasy przestroga Celsa, dowodzi fakt, że słynny w XVIII w chirurg angielski Cheselden na 213 operacji cięcia miał 135 dzieci poniżej lat 10 z trzema zejściami śmiertelnemi, zaś chorych powyżej lat 50 wszystkiego 14, z których zmarło aż 6, co stanowi 42,85%. Niemniej ponuro brzmią cyfry śmiertelności po operacji cięcia, podane przez innych autorów Souberbiele n. p., który uchodził za bardzo szczęśliwego operatora, ogłosił w N-rze 22 pisma „Censeur (1826), że z 52 chorych (bez określenia wieku), u których wykonał cięcie w latach 1824—1825, zmarło 18 czyli 34,6%. Statystyka, obejmująca wyniki, jakie otrzymali niektórzy chirurgowie paryscy w latach 1824—1835 w praktyce prywatnej, zawiera ogółem 190 przypadków cystotomji ze 106 zejściami śmiertelnemi (55,6%). Tak duża śmiertelność zależała jednak od tego, że wśród operowanych przeważali dorośli (52) oraz osoby powyżej lat 60 (102) u których cięcie daje najgorsze wyniki. Tylko pod tym kątem widzenia dadzą się pogodzić sprzeczne napozór wnioski dwóch współczesnych sobie znakomitych chirurgów francuskich — Sabatiera i Richeranda, z których pierwszy utrzymuje, że po cięciu kamienia ginie jeden na 4—5 chorych, podczas gdy według drugiego śmiertelność wynosi przeszło 50%.

Oczywiście Sabatier obliczył procent śmiertelności bez względu na wiek chorych, Richerand zaś oparł swój sąd na wynikach, otrzymywanych przy operowaniu dorosłych i starców. Zastraszająca śmiertelność (50%) po cystotomji w szpitalu paryskim Charité w latach 1806—1831 tłumaczy się tem, że na 70 chorych było zaledwie 5 dzieci, reszta — dorośli (42) i starcy (23).

W tym samym zaś czasie śmiertelność w szpitalu Hotel-Dieu wynosiła tylko 28%, gdyż ilość dzieci stanowiła prawie połowę (na 100 chorych 46 dzieci). Najlepszemi wynikami poszczycić się może przytułek w Lunéville, ufundowany przez króla Stanisława Leszczyńskiego specjalnie dla ubogich dotkniętych kamicą, która w owym czasie przerażająco grasowała w Lotaryngji i okolicy. Otóż w ciągu 90 lat (1738—1828) wykonano w tym zakładzie 1492 operacji kamienia z ogólną śmiertelnością 10%; z tej liczby chorych na dzieci przypada 1130 ze śmiertelnością 8%, reszta to dorośli (342) i starcy (20) ze śmiertelnością zaledwie dwa razy wyższą (16,8%). Jest to rekord nietylko w stosunku do wyników, osiągniętych we Francji, lecz musi być uznany za wszechświatowy, albowiem nie znamy żadnej innej statystyki, w której wyniki cięcia byłyby tak pomyślne. Według najbardziej rozpowszechnionych obliczeń Smitha z r. 1820, obejmujących wyniki cystotomji w 34 większych miastach angielskich, jak Norwich, Bristol, Leeds i innych, śmiertelność ogólna przy znacznej liczbie dzieci wynosiła około 25% z wyjątkiem Norwich, gdzie jeden zgon przypada na 7 chorych (14,3%), a zatem śmiertelność była większa niż w Lunéville.

Dwie wielkie statystyki, ułożone przez Civiale'a według wieku operowanych, bardzo dosadnie uwypuklają różnicę, jaka zachodziła między śmiertelnością po cystotomji u dzieci i u dorosłych. Pierwsza obejmuje 2398 przypadków z ogólną śmiertelnością 406 (16,6%). Jeżeli jednak podzielić operowanych na kategorje według wieku, to się okaże, że na 1548 dzieci od 1—14 lat zmarło 179 czyli 11,6%, na 689 od 15—59 lat zmarło 141 (około 20,5%), zaś na 161 starców od 60—83 lat (powyżej 78 było tylko 3) zmarło 86 (53,4%). Druga tablica uwzględnia materjał świeższy dokładniej operowany; obejmuje ona 1072 operowanych i zebrana została ze statystyk poszczególnych krajów i miast. Tu procent śmiertelności u dzieci do lat 14 wynosi 21,7 (na 505 operowanych), podczas gdy u dorosłych i starców niewiele tylko przewyższa cyfry, przytoczone w tablicy poprzedniej.

Obok wieku niepośledni wpływ na wynik operacji wywierała także wielkość oraz ilość kamieni w pęcherzu. Earle w Anglji wykazał, że większość chorych, u których wydobyto duże

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Francusko-Polskiego w sali wykładowej Anatomicum w Warszawie d. 20. listopada 1924 r.

lub liczne kamienie, ginie szybko po operacji, co stwierdza również tablica, ułożona przez Crosse'a, według której przy kamieniu wagi do 1 uncji na 529 chorych zmarło 47 (8,88%), powyżej 1—2 uncji na 119 chorych zmarło 18 (15.12%), od 2—3 uncji na 35 zmarło 16 (45,8%) i t. d. Oczywiście o ile wzrost śmiertelności z wiekiem zależy od mniejszej odporności ustroju, o tyle przy większej objętości kamienia, trudniejsze jest jego wydobycie, w następstwie czego łatwiej o uszkodzenia poboczne, wpływające ujemnie na wynik operacji.

Tak stała sprawa leczenia kamicy pęcherzowej, gdy w roku 1817 Civiale, jeszcze będąc studentem medycyny, podjął próby, zmierzające ku zastąpieniu operacji krwawej środkami bardziej łagodnemi i zarazem mniej niebezpiecznemi. Pierwotną myślą jego było zastosowanie środków chemicznych, które, wprowadzone do pęcherza zapomocą specjalnych narzędzi, miały na celu rozpuszczenie kamienia. Pomysł ten jednak, wyłożony w pracy *„Quelques détails sur un lithontriptique“* i przesłany w r. 1818 ministrowi spraw wewnętrznych w celu uzyskania subsydjum zbyty został milczeniem. Wkrótce i sam Civiale przekonał się, że tą drogą niewiele zdziała, przeto pierwotny swój projekt zarzucił i z całą energją zwrócił swe wysiłki w kierunku zbudowania narzędzia, którem by można było kamień w pęcherzu uchwycić i na piasek skruszyć. Jakoż po przezwyciężeniu licznych trudności i dokonaniu całego szeregu zmian i ulepszeń udało się Civiale'o-wi marzenia swoje w czyn wprowadzić i skonstruować narzędzie, które odpowiadało wszelkim jego wymaganiom. Narzędzie to, znane pod nazwą *„pince a trois branches“*, składało się z następujących części:

1) rurki zewnętrznej czyli pochwy (*gaine*), zaopatrzonej na końcu zewnętrznym w rękojeść;

2) rurki wewnętrznej czyli szczypców (*pince a trois branches, tricobe litholabe*), nieco dłuższej od poprzedniej i rozszczepionej na końcu pęcherzowym w trzy nierównej długości ramiona elastyczne haczykowato zakrzywione; koniec zewnętrzny posiada skalę, pozwalającą odczytywać stopień rozchylenia się ramion podczas wysuwania ich z rurki zewnętrznej. Obie te rurki, zrobione ze stali, są proste i zaopatrzone na końcu zewnętrznym w zakrętki uszczelniające.

3) Trzecią część składową stanowi świder (*foret, per forateur stilet, lithotriteur*) złożony z mocnego pręta stalowego, zakończonego z jednej strony główką zębatą o trzech podłużnych, wyżłobieniach, w których układają się ramiona szczypców w przyrządzie zamkniętym; koniec zewnętrzny posiada skalę, która pozwala ocenić średnicę uchwyconego kamienia, oraz rolkę nagwintowaną (*poulli brissé*) służącą za punkt oparcia dla ręki lub dla struny smyczka, wprawiającego świder w ruch. W tym ostatnim wypadku Civiale posługiwał się tokarką (*tour*), podobną do tokarki, używanej przez zegarmistrzów. Łączył ją za pomocą uchwytu z pochwą narzędzia, sprężyna zaś popychała perforator w kierunku kamienia, gdy smyczek wprawiał w ruch rolkę. Narzędzie złożone ma kształt prostego zgłębnika o powierzchni gładkiej i przy pewnej wprawie daje się z łatwością wprowadzić do pęcherza. Przystępując do operacji, należy pęcherz napełnić wodą. Po wprowadzeniu narzędzia wymacuje się niem kamień, odkręca się śrubę w rękojeści pochwy i wpycha się litholab w głąb pęcherza; ramiona jego uwolnione z uwięzi rozchodzą się i obejmują ciało obce, które znajduje sobie drogę bądź przez szczeliny boczne między ramionami, bądź też przez otwór główny u szczytu narzędzia. Uruchomiamy wówczas świder, którego główka opuszcza się na kamień, i w ten sposób kamień zostaje uwięziony między haczykami szczypców a świdrem. W większości przypadków samo naciśnięcie główki wystarcza, aby kamień uległ skruszeniu (*écrasement*). W razie nieustępliwości kamienia wykonywa się kilka obrotów główki zapomocą rolki, którą wprawia się w ruch ręką lub też smyczkiem po uprzedniem połączeniu narzędzia z tokarką. Borowanie to (*broiement*) trwa dopóty, dopóki rolka nie zetknie się z zakrętką szczypców. Wówczas dopiero tokarkę się odejmuje i robi nową próbę zgniecenia wydrążonego kamienia. Niekiedy dla dopięcia celu należy kamień prześwidrować w kilku kierunkach.

Każdy seans trwa 5—10 minut, niekiedy nieco dłużej, zależnie od wytrzymałości i stanu ogólnego chorego, całkowite zaś usunięcie kamienia wymagało nieraz kilku a nawet kilkunastu seansów przy większych rozmiarach ciała obcego. Zapomocą tego narzędzia można było kruszyć kamienie nie większe od jaja kurzego. Mniejsze odłamki powstałe przy kruszeniu chory wydalał wraz z moczem, większe wymagały ponownego kruszenia.

Oto w krótkich zarysach postępowanie którem u przeznaczone było pchnąć sprawę leczenia kamicy pęcherzowej na zupełnie nowe tory i zająć jedno z najbardziej zaszczytnych miejsc w chirurgji XIX w. Należy z uznaniem podnieść stanowisko Akademji Nauk, która po wysłuchaniu entuzjastycznego sprawozdania delegatów swoich nowy ten pomysł gorąco poparła i w następstwie wyróżniła zaszczytnie, przyznając Civiale'owi wielką nagrodę chirurgji (nagrodę Montyono). Dzięki wzrastającej wciąż liczbie chorych wyleczonych sprawa ta nabrała rozgłosu nawet w krajach odległych, skąd zjeżdżali się do Paryża chirurgowie w celu bliższego poznania metody Civiale'a. Wkrótce otwarto w szpitalu Neckera specjalny oddział dla dotkniętych kamicą, gdzie kruszenie odbywało się publicznie i bezpłatnie, co w niemałym stopniu wpłynęło na spopularyzowanie nowej metody. Tu zdumiewał Civiale wszystkich fenomenalną wprost zręcznością we władaniu narzędziem i ściągał coraz to nowe rzesze łaknących uzdrowienia z jego ręki. W dziele swojem *»Traité de l'affection calculeuse«* (Paris 1838) podaje Civiale listę imienną 307 chorych, których zoperował nową metodą w okresie czasu od r. 1824—1836. Z tych w wieku od lat 7—20 było osób 6, od 20—40 lat — 55, od 40—60 lat — 105, wreszcie od 60-80 lat — 138. Całkowite wyzdrowienie nastąpiło u 296 chorych, zmarło 7 mężczyzn w wieku od lat 60—78, u których choroba zdołała uczynić znaczne postępy, niedokończyło kuracji 3; w jednym przypadku wynik pozostał niewiadomy. Śmiertelność wynosi zatem niespełna 2,24%, cyfra nieznana do tego czasu w kronikach lekarskich i tem świetniejsza, że została osiągnięta przy nikłej liczbie dzieci i znacznej ilości osób w wieku podeszłym, które masowo ginęły przy operacji cięcia. Leczenie trwało od 11—68 dni (średnio około 41 dni), liczba seansów wynosiła średnio około 5, ogółem zaś było seansów 1535.

Rzecz jasna, że metoda, która dokonała istnego przewrotu w sposobie leczenia kamienia, wzbudziła wielkie zainteresowanie i stała się przedmiotem ożywionych rozpraw. Podczas gdy jednak ogół a zwłaszcza chorzy z entuzjazmem witali nową erę, jaką pomysł Civiale'a zdawał się zapowiadać, chirurgowie zajęli od pierwszej chwili wrogie względem tej metody stanowisko.

Kwestjonowano prawa autorskie Civiale'a, podawano w wątpliwość cyfry, które ten od czasu do czasu ogłaszał w celu wykazania wyższości litotrypsji nad cięciem, starano się wreszcie zdusić pomysł w samym zarodku. Pierwsi wysunęli pretensje swoje dwaj rówieśnicy Civiale'a, Amussat i Leroy d'Etiolles, którzy współcześnie z nim rozpoczęli byli pracę w tym samym kierunku i później zasłynęli jako doskonali chirurgowie. Ze szczególną gwałtownością uderzył Leroy, który starał się udowodnić, że to on pierwszy wpadł na pomysł kruszenia kamienia, i że jemu przeto należy się zasługa wynalazku. Z podobnem zastrzeżeniem wystąpił w osobnej broszurze pierwszy chirurg J. C. M. cesarza Austrji v. Kern, który, piętnując dążenia do zastąpienia cięcia kruszeniem jako „zdradę główną przeciw sztuce i ludzkości“, prawa pierwszeństwa rewindykuje na rzecz lekarza bawarskiego Gruithuisena, a to na tej zasadzie, że ten jeszcze w roku 1813 ogłosił był odnośną pracę w salcburskiej gazecie lekarskiej.

Rzecz dziwna, że i w prasie francuskiej wywody v. Kerna znalazły życzliwy oddźwięk, choć sam Gruithuisen nigdy swoich pretensji w tym kierunku nie zgłaszał. Za daleko by nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli wchodzić tu w bliższe roztrząsanie tego sporu, ograniczę się tylko na wzmiance, że Civiale w całym szeregu artykułów zwłaszcza zaś w słynnych swych *„Lethres sur la litothritie“* (1827—1837) dał równie ciętą, jak i pełną erudycji odprawę tym uroszczeniom, mającym tylko pozór słuszności. Prawdą jest niewątpliwą, że myśl usuwania kamieni z pęcherza zapomocą kruszenia kiełkowała już w mózgach lekarzy z XVI w., a nawet wcześniej, że szczypce trójramienne były używane niekiedy w celu wydobywania kamieni z cewki moczowej i że szczypce te były wzorowane na kulociągach, wynalezionych przez Alfonsa Ferri oraz André de la Croix.

Otóż pewne podobieństwo do tych kulociągów posiadają zarówno narzędzie Civiale'a, jak i Leroy oraz Gruithuisena, nikomu jednak przed Civialem nie udało się zbudować narzędzia, które mogłoby służyć do kruszenia kamieni w pęcherzu moczowym. Zresztą uroszczenia Leroy zostały ostatecznie odparte w liście, jaki doń wystosował Percy, jeden z delegatów Akademji do oceny pomysłu Civiale'a. Narzędziami temi, pisze Percy, *„vous réussiez bien surement pu faire une des brillantes opérations dont M. Civiale nous a rendus témoins“*. Niemniej jednak Akademja, która popierała gorliwie każdy wysiłek, dążący do postępu wiedzy, wyróżniła zaszczytnie i tych współzawodników Civiale'a, udzielając wszystkim trzem nagrody pieniężne tytułem zachęty (*prix d'encouragement*).

Gdy w ten sposób zamach na prawa autorskie Civiale'a spalił na panewce, musiał on wytrzymać szereg ataków ze strony tych, którzy za wszelką cenę pragnęli zachować dawne metody operowania. Był to okres, kiedy znakomity chirurg francuski Dupuytren, wielce wpływowy członek Akademji i twórca cięcia dwustronnego (*taille bilatérale*), ten właśnie sposób propagował jako najbardziej skuteczny w zwalczaniu kamienia, bezwzględna zaś krytyka cięcia, z jaką występował Civiale, oraz wzrastająca wciąż liczba uzdrowionych przez litotrypsję niebardzo sprzyjały zamierzeniom Dupuytrena, nie mogły go przeto usposobić przychylnie dla nowej operacji, tem bardziej, że nie był on w stanie opanować techniki litotrypsji, do której przystąpił bez należytego przygotowania. Niepowodzenia, jakich doznawał przy każdej niemal próbie kruszenia, zwalił Dupuytren na samą metodę, która jednak w rękach Civiale'a dawała świetne wyniki. Stąd walka zacięta przeciw metodzie i jej autorowi, walka, nie przebierająca w środkach, do której stanęli wszyscy niezdolni uporać się z nowem zadaniem z braku wyszkolenia. Głoszono więc na wsze strony, że litotrypsja jest zabiegiem wysoce niebezpiecznym i ginie od niej więcej chorych niż po cięciu, że należy wyprowadzić z błędu publiczność, obałamuconą kłamliwemi obietnicami że Akademja powinnaby raczej zająć się wyplenieniem chwastu, który zbyt bujnie rozrósł się pod jej własnemi skrzydłami, że operacja ta w porównaniu z cięciem stanowi metodę, która tylko wyjątkowo może znaleźć zastosowanie w bardzo małej ilości przypadków, że niebezpieczeństwem grozi wprowadzenie do cewki narzędzi prostych, że chorzy, którzy szczęśliwie uniknęli śmierci po litotrypsji, zmuszeni są odbywać bardzo długą rekonwalescencję i że przeciwnie cięcie jest mniej bolesne i mniej niebezpieczne

że wreszcie jest ono dostępne dla wszystkich chirurgów, podczas gdy litotrypsja wymaga nadzwyczajnej zręczności.

Te i tym podobne twierdzenia z gruntu fałszywe opierano niestety na rozmyślnem paczeniu faktów, podrabianiu statystyki i drogą pamfletową puszczono w obieg celem ośmieszenia i zdyskredytowania metody. Oczywiście Civiale i tu nie został dłużny odpowiedzi i w szeregu pism z całą bezwzględnością demaskował i piętnował swoich przeciwników. Wreszcie w sprawę tę wdała się Akademja i w r. 1833 wyłoniła komisję w osobach Boyera, Larrey'a i Double'a z poleceniem zbadania stanu rzeczy w oddziale przeznaczonym dla chorych kamicowych w szpitalu Neckera. Wysłuchawszy sprawozdania delegatów, Akademja wyniosła uchwałę, w której stwierdza całkowicie prawa autorskie Civiale'a i podnosząc jego wielkie zasługi dla sprawy leczenia kamicy, orzeka, że *„l'Académie est heureuse de pouvoir répéter et de confirmer de rechef ce quelle avançait en mars 1824 par la bouche de ses illustres rapporteurs Chaussier et Percy"*. Otrzymał więc Civiale zupełne zadośćuczynienie za wszystkie szykany, jakie znosić musiał dlatego tylko, że epokowem swojem odkryciem wywrócił stary porządek, tak wygodny dla rutynistów. Wprost druzgoczącą była dla wrogów jego opinja rzeczoznawców którzy, acz w gruncie niechętnie dlań usposobieni, musieli wyraźnie stanąć po jego stronie: *„Il nous est démontré* — piszą oni w swoim raporcie — *que M. Civiale s'est tenu dans le vrai, et que la mortalité, par suite de l'application de la lithotritie, est de 1 sur 4⁰/₀ et une fraction"*. Ale ani powaga Instytutu ani też opinja biegłych nie zdołały uciszyć wzburzonych fal rozszalałej namiętności i bezprzykładna nagonka, której echa rozbrzmiewały nawet jeszcze i po śmierci Civiale'a, trwała nadal. Tymczasem Civiale pracował bezustannie nad udoskonaleniem swojego pomysłu, ogłaszał coraz to nowe dzieła i czynił wszelkie wysiłki aby metodę, w której skuteczność głęboko wierzył, udostępnić dla wszystkich. Sława jego i wzięcie rosły z dnia na dzień. Nie szczędzono mu zaszczytów i odznaczeń. W r. 1834 otrzymał fotel w Akademji Lekarskiej, w r. 1847 zostały mu otwarte podwoje Instytutu, dzieła jego tłumaczono na obce języki. Oddział dla dotkniętych kamicą w szpitalu Neckera obliczony początkowo na 12 łóżek, został w r. 1856 rozszerzony do 26, zaś w r. 1864 przekształcony na ogólno-moczowy. Tu mógł Civiale prowadzić wykłady dla studentów i wykonywać obok kruszenia kamieni także wszelkie inne zabiegi urologiczne. Oddział ten, wyposażony na wsze czasy przez Civiale'a, został w roku 1890 wcielony do Uniwersytetu i funkcjonuje dotychczas, jako klinika urologiczna.

Do r. 1866 wykonał Civiale 1600 litotrypsji na ogólną liczbę 2700 chorych kamicowych. Między operowanymi figurują nazwiska aż 133 lekarzy, a wśród nich jeden z pierwszych zawdzięczał swoje ocalenie Civiale'owi słynny profesor Dubois, nestor ówczesnych chirurgów francuskich, ten sam, który zaledwie kilka lat przedtem poczytywał litotrypsję za pomysł szaleńczy.

* * *

Pod jednym tylko względem musimy przyznać słuszność przeciwnikom Civiale'a a mianowicie gdy utrzymują, że operacja kruszenia wymaga wyjątkowej zręczności. Istotnie posługiwanie się prostolinijnem i skomplikowanem narzędziem Civiale'a nie było bynajmniej łatwe i tylko po dłuższej wprawie można było odważyć się przystąpić do operacji. Zlekceważenie tego kardynalnego warunku bywało niejednokrotnie źródłem rozczarowań; narażało ono operatora na fiasko, chorych zaś na wielkie cierpienia a nawet utratę życia. Niemożność wprowadzenia narzędzia, drogi fałszywe, bezplanowe błądzenie po pęcherzu w daremnej pogoni za kamieniem, niefortunne lawirowanie przy usuwaniu narzędzia wskutek niedokładnej znajomości jego konstrukcji, maltretowanie ściany pęcherza a nawet przebijanie tejże wraz z wynikającemi stąd następstwami — oto niepowodzenia, jakie spotykały najlepszych nawet chirurgów, którzy dufając w swoją technikę przy operacji cięcia, lekkomyślnie próbowali szczęścia w sztuce kruszenia. Te właśnie trudności w opanowaniu techniki, stanowiły słabą stronę metody Civiale'a i przyczyniły się do tego, że nie znalazła ona należytego rozpowszechnienia i byłaby może pozostała przywilejem szczupłej garstki specjalistów, a nawet uległa zapomnieniu, gdyby narzędzie było zachowało swoją pierwotną postać. To też niemałą przysługę wyświadczył sprawie tej Heurteloup wynalezieniem w r. 1832 nowego kruszydła, które nazwał *„percuteur courbe a marteau"* i które stało się pierwowzorem dla wszystkich tego rodzaju narzędzi w przyszłości. Miało ono kształt zakrzywionego cewnika metalowego i składało się z 2-ch części, u których krótsza, zwana gałęzią żeńską, wydrążona jest rynienkowato na całej długości i przeznaczona do przyjęcia drugiej gałęzi dłuższej, zwanej męską. Każda z tych gałęzi posiada na końcu pęcherzowym dziób, ustawiony pod kątem rozwartym i uzbrojony w zęby, na końcu zaś zewnętrznym zaopatrzona jest w rękojeść. Narzędzie to wprowadza się do pęcherza w stanie zamkniętym i po namacaniu kamienia rozsuwa się dzioby i chwyta ciało obce jak w kleszcze: kilka uderzeń młotka w rękojeść gałęzi męskiej wystarcza, aby kamień rozleciał się na kawałki.

Połączonemi wysiłkami chirurgów i mechaników francuskich udało się narzędzie to doprowadzić z biegiem czasu do wysokiego stopnia doskonałości. A więc rękojeści narzędzia nadano kształt wydłużonego bębna o powierzchni żeberkowatej w celu zapewnienia mocnego ujęcia pełną dłonią. Siłę młotka zastąpiono śrubą, ukrytą w oprawie na zewnętrznym końcu gałęzi męskiej i śrubę tę połączono z łatwo uchwytnem kołem, służącem do wprowadzenia jej w ruch. Na oprawie śruby umieszczono skalę, która pozwala określić średnicę uchwyconego kamienia. Aby zaś śruba nie krępowała swobody ruchów gałęzi męskiej, Civiale wpadł na wysoce dowcipny pomysł zastąpienia zwykłej nakrętki (mutry) zamkiem w postaci sprężystej nakrętki rozciętej (*l'ecrou brisse*), ukrytej w rękojeści gałęzi żeńskiej i dającej się łatwo otworzyć lub zamknąć zapomocą klucza. Przy ustawieniu klucza pionowem obie połówki nakrętki odskakują od śruby, gałąź męska zostaje uwolniona i może być poruszana tam i z powrotem, pozwalając na szybkie uchwycenie kamienia. Do miażdżenia kładziemy klucz poziomo, połówki nakrętki momentalnie zbliżają się do siebie i wchodzą w ścisły kontakt ze śrubą, którą wprawiamy w ruch zapomocą koła. Łączenie i rozłączanie nakrętki dokonywa się jednem naciśnięciem palca. Gdyby kamień okazał się za twardy, wyłączamy czasowo śrubę i uderzeniami młotka w sztyft, przymocowany do osi koła, rozbijamy go lub zmieniamy jego układ molekularny o tyle że już łatwiej poddaje się następczemu działaniu śruby. Mechanizm ten wykonany przez firmę Charriere i ulepszony przez Collin'a znakomicie przyśpiesza tempo operacji.

Rozlicznym zmianom podlegał również koniec pęcherzowy litotryptora. Najbardziej celowym okazał się dziób okienkowaty (*mors fénêtré*) pomysłu Reliqueta o szerokim otworze w gałęzi żeńskiej, okratowanym sterczącemi z obu stron zębami. Otwór ten przepuszcza wszystek piasek i mniejsze odłamki, dzięki czemu narzędzie nie ulega zamuleniu, daje się łatwo zamknąć i bezpiecznie z pęcherza usunąć.

Wszystkie te ulepszenia dokonane już były około połowy zeszłego stulecia i uczyniły z litotryptora narzędzie podręczne i łatwe w użyciu. Odbiegło ono wprawdzie znacznie od pierwotnego typu, nadanego mu przez Civiale'a, lecz służyło do tego samego celu i zjednywało litotrypsji coraz to większą liczbę zwolenników. Aliści sama operacja pozostawiała jeszcze dużo do życzenia: była długa, męcząca i niepewna, szczególnie w przypadkach kamieni większych. Powstała w czasach, kiedy o środkach znieczulających nie było jeszcze mowy, wymagała ona kilku, a niekiedy nawet kilkunastu seansów, ażeby całkowicie uwolnić pęcherz od ciała obcego. Ale nawet już po wprowadzeniu chloroformu rzadko kto stosował ten środek przy kruszeniu kamienia, idąc w tem za przykładem Civiale'a, który podczas operacji uważnie śledził wrażliwość chorego i według niej odmierzał długość każdego seansu. W ciągu całego aż nazbyt nieraz długiego okresu operacyjnego pozostawione odłamki drażniły pęcherz zatykały cewkę, co niejednokrotnie zmuszało do stosowania bolesnych zabiegów. Niewiele pomagały tu płukania pęcherza przez cewnik, również nie na wiele zdały się proponowane tu i ówdzie aspiratory, których działanie było zazwyczaj wadliwe. To też z wielkiem uznaniem spotkała się reforma, której konieczność podkreślał już z naciskiem Heurteloup w r. 1857, w czyn wprowadził ją jednak dopiero chirurg amerykański Bigelow w r. 18 8. Treścią zasadniczą pomysłu Bigelowa jest uwolnienie chorego od kamienia w jednym seansie, warunkami zaś nieodzownemi dla dopięcia tego celu — uśpienie chorego dla wykonania całej operacji odrazu bez względu na czas jej trwania, rozbicie kamienia na jak najdrobniejsze odłamki i natychmiastowe ich wypompowanie. Potrzebny do tego aparat składał się z możliwie grubych litotryptorów, odpowiedniego kalibru zgłębników metalowych i pompy (aspiratora).

Po dokładnem sproszkowaniu kamienia wprowadza się do pęcherza cewnik metalowy, który zostaje połączony z pompką kauczukową napełnioną wodą. Woda wpędzona do pęcherza nagłem naciśnięciem pompy wprowadza w wir odłamy kamienia, które po ustaniu ciśnienia opadają na dno zbiornika, stanowiącego część składową pompy. Po kilku naciśnięciach wszystkie odłamki, mogące przedostać się do cewnika, zostają ewakuowane, pozostałe zaś większe należy zmiażdżyć i w podobny sposób usunąć. Ponieważ główną cechą tego postępowania jest szybkie opróżnianie pęcherza z odłamków, nazwał Bigelow swoją metodę litolapaksją (*lithos* — kamień, *lapaxis* — opróżnianie). Francuzi ochrzcili ją nazwą *lithotritie a séanses prolongés* w odróżnieniu od postępowania Civiale'a — *lithotritie a courtes séances répétées*.

Śmiały pomysł Bigelowa szybko wywalczył sobie prawo obywatelstwa w Ameryce, skąd przedostał się do Europy i znalazł zastosowanie powszechne. Przyczynił się do tego w niemałym stopniu rozkwit antyseptyki, dzięki której litotrypsja stała się zabiegiem zupełnie bezpiecznym. Cenną wreszcie przysługę wyświadczyły litotrypsji nowe metody badania, które dały nam w ręce niezawodny sposób naocznego stwierdzenia, czy zabieg został wykonany doszczętnie i czy nie zachodzi potrzeba usunięcia niedokruszonego odłamka. Wziernik pęcherzowy Nitzego i promienie Roentgena wytrąciły przeto ostatnią broń tym wszystkim którzy uparcie twierdzili, że jedynym zabiegiem doszczętnym może być tylko cięcie pęcherza. Recydywa kamienia, którą, przeciwnicy litotrypsji chętnie kładą na karb kruszenia, zdarza się przecież i po cięciu, albowiem zależy ona od konstytucji chorego, której i cięcie nie jest w stanie zmienić.

Dziś dzięki wszystkim wymienionym wyżej ulepszeniom litotrypsja obleciała świat cały, i nie ma chyba zakątka kulturalnego na kuli ziemskiej, dokądby nie dotarła w swym pochodzie zwycięskim, niosąc ulgę licznym rzeszom cierpiących. Nie małą jest to zasługą dwóch koryfeuszów chirurgji moczowej a uczniów Ci-

viale'a, mianowicie Thompsona w Anglji i Guyona w Paryżu, którzy mistrzostwem wykonania zjednali litotrypsji licznych zwolenników wśród swych słuchaczy. Ma ona obecnie zastosowanie znacznie szersze niż za czasów Civiale'a i jest bezspornie operacją wyboru, gdyż, jak słusznie wyraził się Guyon, nie zna ona w rękach doświadczonych *»ni morbidité, ni mortalité«*. Dopiero w przypadkach gdzie kamień urósł do zbyt wielkich rozmiarów lub okazuje wyjątkową twardość, w przypadkach nie dającego się zwalczyć zapalenia, połączonego ze znacznem zmniejszeniem pojemności pęcherza, wreszcie wszędzie, gdzie droga do pęcherza nie jest wolną o tyle aby narzędzie swobodnie przepuścić — we wszystkich tych rzadkich zresztą przypadkach cięcie pęcherza wchodzi w swe prawa Nie jest to jednak ta operacja która prowadziła do kamienia poprzez krocze i w swoich licznych odmianach przetrwała niemal do końca ubiegłego stulecia, aż wreszcie poszła w zapomnienie zupełne. Mówiąc o cięciu, mam na myśli cięcie nałonowe — *sectio alta*, które wykonane po raz pierwszy przez słynnego lekarza prowansalskiego P. Franco i przezeń do publicznej wiadomości podane w r. 1561, zaś szczegółowo opisane w r 1581 przez Rousseta, przechodziło różne koleje, zanim je wydobył z lamusa i znacznie ulepszył brat Come, który w r. 1779 dał klasyczny jego opis. Było ono jednak przez czas długi znów zapomniane i zaniedbane na rzecz tak popularnego podówczas cięcia kroczowego, aż ostatecznie zostało do praw przywrócone w końcu wieku zeszłego i pod opiekuńczemi skrzydłami antyseptyki próbowało nawet zmierzyć się z litotrypsją, będącą już wówczas w pełnym rozkwicie Próba ta jednak wypadła dla cięcia niekorzystnie, albowiem pomimo znacznych ułatwień w technice wykonania należy ono do zabiegów ciężkich i daje jeszcze dziś dość wysoką śmiertelność. Dlatego też musiało zadowolić się drugiem miejscem w arsenale leczniczym kamienia pęcherzowego i znaleść zastosowanie tylko w przypadkach, nienadających się do kruszenia Postulat ten, wysunięty już przez Civiale'a i obecnie uznany jednomyślnie przez wszystkie ciała lekarskie za jedynie słuszny, nie jest niestety dość przestrzegany, i dziś jeszcze giną od cięcia ludzie nawet wtedy, gdy operacja wewnątrzpęcherzowa mogłaby być wykonana ambulatoryjnie bez żadnego niemal ryzyka. Należy jednak spodziewać się, że to niczem nieusprawiedliwione uprzedzenie do litotrypsji, mające niewątpliwie swe źródło w braku należytego wyszkolenia, minie wreszcie ku wielkiemu pożytkowi cierpiących. Paralelę między obu temi postępowaniami trafnie przeprowadził Cathelin i wyraził zręczną grą słów, które ujął w następujący aforyzm: *»La lithotritie est une petite affaire pour le malade mais une grosse affaire pour le chirurgien, tandis que la taille est une petite affaire pour le chirurgien mais une grosse affaire pour les malades«*.

U nas kruszenie kamienia wykonał po raz pierwszy Lebrun w r. 1884 w szpitalu Dzieciątka Jezus, posługując się narzędziem Heurteloup, i po pięciu seansach otrzymał wynik pomyślny. Przez dłuższy czas jednak stosowano tę operację tylko wyjątkowo. Na szersze wody wypłynęła ona dopiero dzięki J. Kosińskiemu, Wł Orłowskiemu, W. Sankiewiczowi i W. H. Krajewskiemu, którzy korzystali już z narzędzi udoskonalonych i metodyki nowoczesnej i coraz częściej oddawali pierwszeństwo tej metodzie operacyjnej przed cięciem. Niepospolitą biegłością wykonania oraz doskonałemi wynikami szerzyli oni kult dla Civiale'a wśród młodego pokolenia lekarzy i zapewnili jej prawa obywatelstwa w Polsce.

Oddając hołd Civiale'owi za to, że sto lat temu ideę, poczytywaną przedtem za utopię w czyn wprowadził i stworzył podwalinę dla nowej a tak zbawiennej metody leczniczej, że z wielkim zapałem w ciągu całego życia pracował nad jej udoskonaleniem, utrwaleniem i rozpowszechnieniem; że wreszcie potrafił zwycięsko odeprzeć zakusy odnarodowienia wynalazku, będącego bezsporną chlubą chirurgji francuskiej, sądzę że najgodniej uczczę pamięć tego zasłużonego męża, jeżeli na zakończenie przytoczę tu własne jego słowa wypowiedziane w przedmowie do dzieła *»De la lithotritie«* (1827) i *»C'est en France que la lithotritie a été créée, et que ses succès ont constaté son importance«*.

Przegląd piśmiennictwa.

Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.

Nr. 8.

Snapper. **O metodzie spektroskopowej wykazywania obecności krwi w kale.** Metody barwne dla wykazywania obecności krwi w kale, jak próba guajakowa, benzydynowa i pyramidonowa, oparte na obecności oxydazy w hemoglobinie są źródłem wielu błędów:

1) ponieważ nie są specyficzne dla hemoglobiny i mogą dawać wyniki dodatnie przy obecności innych ciał zawierających oxydazy.

2) ponieważ związane są z obecnością żelaza w hemoglobinie i mogą wypaść ujemnie tam, gdzie podczas pasażu przez jelita, została ona rozłożona na pochodne, pozbawione żelaza, jak n. p. porfiryna.

Badanie spektroskopowe, wykazując swoiste widma dla hemoglobiny jak i jej pochodnych, usuwa możliwość błędów. Ujemną stronę tej metody t. j. mniejszą czułość od prób barwnych usunąć można przez dodanie $1/4$ objętości pirydyny i kropli roztworu siarczanu amonowego do kału, zadanego poprzednio acetonem dla usunięcia wody i substancyj barwnych, odsączonego i roztartego z kwasem octowym.

Przy zastosowaniu powyższych przepisów, metoda spektroskopowa nie ustępuje próbie benzydynowej pod względem czułości.

Wykazanie obecności porfiryny w stolcu jest ważne zwłaszcza tam, gdzie większa część hemoglobiny uległa rozpadowi, tak, że pomimo znacznego krwawienia próby barwne dają wynik słabo dodatni. Zjawisko to zauważyć można często przy obecności raka w przewodzie pokarmowym.

Dla powstania porfiryny z hemoglobiny koniecznym jest jednak dopływ żółci do jelita.

O ile chodzi o znaczenie praktyczne wykazywania obecności drobnych ilości krwi w stolcu, to jest ono niewielkie dla rozpoznania wrzodu okrągłego żołądka. Wedle statystyki autora u 25% chorych z wrzodem okrągłym żołądka krwawień ukrytych nie stwierdzamy: naodwrót wykazać je można u 40% chorych na inne cierpienia, jak kamienie żółciowe, nieżyt worka żółciowego, miażdżyca tętnic i t. d.

Stwierdzenie stałej obecności małych ilości krwi w kale ma jednak wielką wartość dla rozpoznania guzów złośliwych przewodu pokarmowego.

Należy jednak pamiętać, że niekiedy, (według autora w 16% przypadków) cała ilość hemoglobiny może zostać rozłożona aż do porfiryny.

Zdaniem autora nieobecność widma spektroskopowego porfiryny w kale przemawia przeciw sprawie nowotworowej przewodu pokarmowego.

Fr. Montier. **O perforacji wrzodów żołądkowo-dwunastnicowych.** Przedziurawienie wrzodu okrągłego żołądka jest zjawiskiem złożonem, w którem gra rolę tak czynnik mechaniczny jak i infekcyjny. Może ono przebiegać ostro jako nagłe pęknięcie do wolnej jamy otrzewnowej, lub zwolna, przy równoczesnem tworzeniu się zmian kompenzacyjnych w otoczeniu.

Przebieg ten uwarunkowany jest przez wiek wrzodu, stopień zakażenia, intenzywność krwawienia i obrzęku w tkankach. Wrzód zabliźniony może uledz przedziurawieniu, bądź z przyczyn mechanicznych, bądź przez zaostrzenie sprawy zapalnej, dzięki zachowanym w bliźnie drobnoustrojom.

Każdy wrzód zwłaszcza przedziurawiony, należy uważać za zakażony. Fakt ten tłumaczy niektóre powikłania pooperacyjne, jak też zaostrzenia sprawy chorobowej, występujące niekiedy po długich okresach spokoju.

Nr. 9.

P. Duval, J. Gatellier, H. Béclére. **O radjografji z profilu dla odróżnienia cieni pochodzących od kamieni nerkowych i żółciowych.** Zdjęcia radjograficzne z profilu pozwalają odróżnić cienie kamieni nerkowych od żółciowych. Te ostatnie umiejscowione są przed trzonami kręgowemi, tuż pod oponami brzusznemi podczas gdy cienie kamieni nerkowych zarysowują się na tle trzonów. Wyjątek stanowią przypadki hydronefrozy ze zmianą położenia nerki ku przodowi, przy których cienie kamieni mogą być zbliżone do tych, które znajdujemy przy kamicy żółciowej.

Podobne umiejscowienie cieni mogą dać również zwapniałe gruczoły przy-okrężnicowe.

A. Weiss i P. Porcher. **O zmianach anatomiczno-fizjologicznych w odcinku końcowym przewodu pokarmowego, wywołanych przez usunięcie okrężnicy.** Operacyjne usunięcie okrężnicy, częściowe lub zupełne, wywołuje po pewnym czasie mniej lub więcej wyraźne zmiany morfologiczne w zakresie końcowego odcinka jelita cienkiego, jak i w zakresie, kiszki prostej.

Autorowie poddali badaniom radjologicznym szereg chorych, u których przed kilku, względnie kilkunastu miesiącami wykonano kolektomję i stwierdzili u wszystkich znaczne rozdęcie końcowego odcinka jelita cienkiego, zaś w jednym przypadku ogromne rozszerzenie ampullae recti. Powyższe części jelita musiały bowiem objąć fizjologiczną rolę kątnicy

i esicy, a to zatrzymywanie treści w celu zagęszczenia i uformowania jej.

Autorowie przypuszczają że pod wpływem zmnienionej roli w procesie trawienia, muszą również w strukturze histologicznej śluzówki końcowego odcinka jelita cienkiego zajść głębsze zmiany. Fakt, że występujące w pierwszych tygodniach po operacji biegunki ustępują z czasem samoistnie, świadczyłby za zmniejszeniem wydzieliny gruczołowej, a nabyciem zdolności resorbcyjnych przez błony śluzowe tego odcinka jelita.

Z. Czeżowska (Lwów).

Bulletin de l'Académie de Médecine.

Nr. 3. 1925.

Laurent. **Leczenie epithelioma twarzy wstrzykiwaniami formolu** Autor otrzymuje dobre i szybkie zbliznowacenie przy epithelioma twarzy wstrzykiwaniami formolu. W obserwacji ma kilka przypadków, które leczył w ten sposób przed 14-tu laty. Świeżo obserwował 2 przypadki, które były poddane radjoterapji bez widocznej poprawy, tymczasem formol sprowadził zbliznowacenie po 8 tygodniach. Zastrzykuje formol kropelkami u podstawy ogniska chorobowego po poprzedniem znieczuleniu miejscowem. W taki sposób udaje się niekiedy szybciej otrzymać zbliznowacenie niż naświetleniami.

Parturier. **Kolka wątrobowa, ciąża i odporność.** Podczas gdy ciąża stwarza predyspozycję do cholecystitis, a zwłaszcza do kamicy żółciowej, autor zrobił spostrzeżenie, że kolka wątrobowa jest nadzwyczaj rzadka podczas ciąży, aż do okresu po porodzie, kiedy to ona zdaje się dosięgać swego maximum częstości u kobiety. Autor starał się sprecyzować związek ciąży z objawami bolesnemi kolki żółciowej i badał szczegółowo w tym celu 25 chorych. U 3 chorych (11,5%) autor stwierdził, że kolka lub jeden z objawów zaczynały się podczas ciąży, u 23 (88,5%) kolka wątrobowa istniejąca przed ciążą uległa podczas ciąży przerwie, ażeby powrócić z silniejszem nasileniem po porodzie.

Podobne spostrzeżenia dla pewnych chorób zrobili inni autorowie.

Widal, Abrami i Gennes (Presse Medicale 1922) spostrzegali znikanie zupełne objawów astmy podczas ciąży i nawrót tychże po porodzie.

Prof. Sergent (Konfer. międzynarodowa w Lozannie 1924 r.) często obserwował zahamowanie pochodu gruźlicy podczas ciąży i rozwinięcie się jej szybkie i gwałtowne po porodzie.

Prof. Lépine komunikuje, że ciąża wywiera hamujący wpływ na napady epileptyczne.

Z powyższego widać, że rzadkość pewnych chorób i szoków anafilaktycznych podczas ciąży przeciwstawia się ich częstości po porodzie.

Stan tej szczególnej odporności zależy zapewne od zmian w wewnętrznem wydzielaniu. Nieczynność jajnika, a zwłaszcza wydzielina ciałka żółtego, pozostającego czynnem przez cały czas ciąży, odgrywa rolę ważniejszą i ogólniejszą, niż to myślał początkowo Frank R. (1922), przypisując jej jedynie powodowanie odporności miejscowej na śluzówce macicy. Oprócz nich działa tutaj cały system gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (a zwłaszcza tarczyca), powodując głębokie zmiany wegetatywnego systemu nerwowego.

Autor — opierając się na swych badaniach — sądzi zgodnie z Garrelon, Santenoise i Finel, że organizmy wagotoniczne są bardziej wrażliwe na trucizny i szoki anafilaktyczne, organizmy zaś sympatykotoniczne są bardziej odporne.

Kończąc autor przeprowadza analogję między kolką wątrobową i szokiem proteinowym.

Nr. 6. 1925.

Marinesco i Paulian. **Rozbiór anatomokliniczny jednego przypadku cukromoczu akromegalicznego z zmianami w tuber cinereum.** Patogenja cukromoczu, obserwowanego w połowie przypadków akromegalji weszła w nowy okres od czasu badań Camus, Gournay i Grand'a, ogłoszonych w roku zeszłym w biuletynach Akademji Medycznej.

Autorzy ci na podstawie licznych doświadczeń doszli do wniosków:

1) uszkodzenie tuber cinereum jest zdolne do wywołania cukromoczu bardziej trwałego i ważnego, niż cukromocz przez ukłucie klasyczne Claude Bernarda;

2) ośrodek, którego uszkodzenie wywołuje cukromocz jest jądrem paraventricularnem, położonem w sąsiedztwie jądra własnego tuber cinereum. Sąsiedztwo tych dwu jąder pozwala myśleć, że one oba mogą odgrywać rolę w cukrzycy. Możliwe, że jeden warunkuje polyurję, drugi glikozurję, objawy które mogą przebiegać bądź łącznie, bądź oddzielnie.

Marinesco i Paulian podają szczegółowe badanie kliniczne i anatomopatologiczne jednego przypadku akromegalji z cukromoczem u kobiety 55-letniej. Autorzy znaleźli znaczne zmiany chroniczne i podostre w tuber cinereum. Na podstawie badań tych autorzy dochodzą do wniosku, że rola tuber cinereum w fizjologji patologicznej cukrzycy u osobników dotkniętych akromegalją jest niezaprzeczalna.

Prof. Gillot. **Nowy sposób profilakcji kokluszu** Zabieg profilaktyczny. Autor podaje bardzo prosty, wygodny i przystępny dla wszystkich lekarzy praktyków sposób zapobiegania kokluszowi. Polega on na injekcji podskórnej całkowitej krwi ludzkiej dzieciom w środowiskach epidemicznych.

Autor używał zwykle w tym celu 2—5 cm³ krwi ojca lub matki dziecka, niezależnie od tego, czy przechodzili oni koklusz, czy też nie. Podczas silnej epidemji kokluszu w roku ubiegłym w Algierze badanie swe przeprowadził na klinice dziecinnej w Algierze i doszedł do wniosków:

1) wszystkie dzieci, którym wstrzyknięto krew przed okresem kataralnym (zdrowe), były zabezpieczone przed chorobą;

2) te dzieci, którym wstrzyknięto krew w okresie kataralnym, przebyły koklusz nadzwyczaj złagodzony;

3) injekcje robił jednorazowo w ilości 2 do 5 cm³.

K. Tyszka (Lwów).

Annales of Surgery.

T. LXXX/6 1924.

Baufard Janes. **Czerniak łożyska paznokcia (melanoma).** Trzy przypadki czerniaka łożyska paznokcia palucha, na tle urazu, mianowicie: po urazie rozwinęła się sprawa przypominająca zanokcicę, — leczenie jednakowoż, jak dla spraw zapalnych było bezskuteczne; dopiero przepaleuie lub wyłyżeczkowanie doprowadzało do wygojenia; atoli w krótkim stosunkowo czasie tworzy się w tem samem miejscu owrzodzeuie, pokryte granulacjami, — szybko rozszerzające się, zawierające ograniczone pola ciemne (barwikowe). Przy wycięciu próbnem stwierdzono pod drobnowidem obraz »melanoma«; wykonano przeto amputację palca; niedługo jednak potem ukazały się przerzuty w różnych okolicach, szybko rosnące, choć nie zawsze zawierające charakterystyczny dla »melanoma« barwik. Wszystkie przypadki skończyły się śmiertelnie.

Autor zwraca uwagę, że czasem czerniak łożyska paznokcia bardzo przypomina zanokcicę, lecz przebiega bardziej przewlekłe i zawiera barwik, — dalej zaznacza, że rozpoznanie należy postawić szybko, zwłaszcza przy pomocy drobnowidu, by móc wcześnie zastosować leczenie doszczętne i nie dopuścić do uogólnienia sprawy.

Witt Andrus. **Sposób leczenia złamania trzonu kości udowej.** Autor przymocowuje sznur z ciężarem do deseczki, leżącej w pętli z opaski, przytwierdzonej do podudzia powyżej kostek; następnie drugą pętlę z opaski, lub kompresu zakłada na podudzie; sięga ona od kostek do główki strzałki, a uwieszona jest na cienkim drążku z którego obu końców biegnie sznur ku górze, przechodzący przez krążek, posiadający ciężar; ponieważ pierwsza siła ciągnie udo przy nodze w ułożeniu półzgięcia w kolanie w kierunku linji poziomej, druga zaś działa prostopadle do niej mianowicie ku górze, to wypadkowa tych sił działa w kierunku ułożenia uda; 3-cia wkońcu pętla założona jest na dolną część uda; — od niej biegnie sznur, przechodzący przez krążek, — biegnący następnie ponad głową i zwisający ku dołowi przez drugi krążek; sznur obciążony jest ciężarem przy części łóżka głowowej; ta pętla ma za zadanie przy złamaniu dolnej $^1/_3$ części

uda ciągnąć górny koniec obwodowego odłamka do linji odłamka górnego. Dodać należy, że krążki, przez które przechodzą sznury dwu ostatnich pętli są przymocowane do drewnianej listwy, która na dwu kółkach może się poruszać wzdłuż osi długiej łóżka, — na sztabie żelaznej, przytwierdzonej do drewna nad łóżkiem. Ta kombinacja ciężarów i sił umożliwia ewentualne poruszanie się chorego, nie burząc kierunku ani siły ciągnienia; jeżeli naprzykład chory podciągnie się ku głowowej części łóżka, przesuwa się równocześnie nad nim drążek z krążkami, utrzymując krążki w tym samym, co zawsze stosunku do pętli. Tak więc pielęgnowanie chorych jest znacznie dostępniejsze tu, niż przy innych metodach wyciągu. Metodę powyższą stosował autor w 11-tu przypadkach; w 8-miu prześwietlenie wykazało ułożenie odłamków zadowalające, — w 3-ech zaś, trzeba było zastosować wyciąg dodatkowy; wynik był dobry. Ciężar dla pętli dolnej u dorosłego mężczyzny wynosił 24 funtów, — dla środkowej $10^1/_2$ funta, — dla górnej 12 funtów; jeżeli prześwietlenie wskaże, że ułożenie odłamków jest dobre, można po 2—3 dniach, usunąć $^1/_3$ ciężaru. — Czas stosowania wyciągu wynosił przeciętnie 33 dni.

Georg Wlsey. **Późny nawrót po doszczętnem usunięciu raka piersi.** W. podaje 4 przypadki nawrotu raka piersi; w dwu przypadkach nawrót powstał w tem samem miejscu w 12 i 11 lat po pierwotnym zabiegu; w trzecim przypadku w 16 lat po zabiegu w drugiej piersi; — w czwartym przypadku w 16 lat po zabiegu powstały przerzuty w jamie brzusznej, — natomiast nawrotów w tem samem ani przerzutów w drugiej piersi nie było. Autor przytacza niektóre daty statystyczne nawrotów raka piersi, stwierdzające, że nawroty te są niejako regułą, tylko czas ich wystąpienia zależy od doszczętnego usunięcia pierwotnego guza wraz z gruczołami i pooperacyjnego naświetlania.

Clyde Roeder. **Ulepszony sposób aseptycznego zespolenia jelita.** Jelito zostaje zmiażdżone na szerokość około 0·5—1 cm., w dwu miejscach pod kątem 50°, najlepiej zaciskadłami Doyena; następnie zakłada się w zmiażdżone miejsca po dwa wązkie zaciskadła; jelito między niemi, jakoteż krezkę, przynależną do części mającej być usuniętą, po podwiązaniu kilkoma podwiązkami przecina się żegadłem; wzdłuż brzegu zmiażdżonych miejsc na granicy z częścią zdrową zakłada się ciągły szew materacowy z cienkiego a silnego jedwabiu, którego końce z obu stron, po ukończeniu szwu, zostają przetarte wacikiem napojonym czystym fenolem; — zapomocą więc tego szwu, zbliża się oba końce pętli jelitowej; jest to szew czasowy; końce jego pozostawia się w zaciskaczu; ponad szwem, czyli obwodowo od niego leżą obie zmiażdżone części jelita (wraz z zaciskadłami wązkiemi), które odcina się żegadłem w pewnej odległości od szwu. Ponad linją złączenia zakłada się szew Lemberta, — następnie czasowy szew materacowy przecina się u jednego końca i wyciąga. Światło zamknięte zmiażdżonemi końcami jelita, przywraca się zapomocą palca wskazującego i kciuka, otwierając zespolenie, mające zwykle wystarczającą szerokość.

Archives of Surgery.
Marzec 1924.

Brooks a. Jostes. **Opis nowej metody badania krążenia kończyn.** Autorowie mierzą temperaturę tkanek zapomocą galvanometr-termometru, mianowicie: pokój zamykają, oznaczają jego ciepłotę, — miejsce na kończynie znaczą jodyną, napajają $^1/_2$% procainą, wkłuwają podskórnie igłę termometru i odczytują galvanometr. Jeżeli teraz założy się opaskę Esmarcha, ciepłota opada, — po usunięciu natomiast opaski znowu się podnosi. (Zależne to jest od zamknięcia czy otwarcia światła tętnicy).

Badania te przeprowadzono na 18 osobach i stwierdzono, że:

1) u osób, u których tętnice były normalne, ciepłota opadała po zamknięciu tętnic, — wznosiła się zaś natychmiast po otwarciu ich.

2) u osób, których tętnice nie były normalne t. j. patologicznie zwężone (miażdżyca, zgorzel) ciepłota po zamknięciu krążenia opadała, — po otwarciu zaś podnosiła się, ale dopiero w 2—7 minut, lub wogóle się nie podnosiła. Z tego wynika, że różnica w szybkości podnoszenia się ciepłoty tkanek leżących obwodowo od zamknięcia tętnicy jest wskaźnikiem wielkości zwężenia tejże. Różnice światła tętnic są uwidocznione w pracy kilku roentgenogramami.

Simon H. **Ropień Brodiego.** A. przedstawia 26 przypadków swoich i 13 z kliniki Mayo. Ropień Brodiego jest to ognisko zakaźne w części gąbcz. kości długich, blizko linji nasadowej niewytłumaczonego pochodzenia; trwać może bardzo długo w utajeniu z powodu odporności ustroju i otoczenia ropnia wałem sklerotycznym, mogąc się stać czynnym przez uraz lub ostre zakażenie. Jego objawy są: ból, często rozszerzenie w kości, — ciepłota normalna, — rzadko leukocytoza; przytem ropień ten ma rzadko skłonność do tworzenia martwiaków i przebicia. Przy różnicowaniu należy mieć na uwadze: zapalenie kości stwardniające włókniste (ciepłota, leukocytoza, — usadawia się raczej w środku kości i t. d.) zapalenie okostnej i kości kiłowe (Wa., — wywiady).

Cysty kości (brak bolu, — Roentgen i t. d.).

Gruźlica (Ropień zwykle mniejszy, okostna naokoło mało, lub nie zgrubiała, ma tendencję do przebicia i t. d.).

Leczenie: wyłyżeczkowanie i drenaż.

Bucket. **Aseptyczny szew jelit.** B. wspomina krótko autorów zajmujących się poprz. asept. szwem jelit i przedstawia swój pomysł: naczynia krezkowe na przestrzeni, która ma być wycięta zostają podwiązane i przecięte; następnie autor przecina jelito między dwoma podwiązkami z silnego jedwabiu, żegadłem, — oba końce wpukla jak wyrost. robaczk., — i w tem położeniu ustala, wiążąc końce silnym jedwabiem, potem oba końce znowu odcina żegadłem tak, że teraz w każdym mamy podwójną ścianę, mianowicie: ścianę jelita zdrowego, związanego jedwabiem tuż przy cięciu, — a wewnątrz kawałek wpuklony, utrzymany w tem położeniu przez wspomianą podwiązkę jedwabną., ale już nie będący dalszym ciągiem ściany jelita zdrowego, ponieważ część się odcięło żegadłem II. — Następnie zakłada się szereg szwów z cienkiego jedw. na oba końce, najpierw luźno, potem się ściąga, — przyczem otrzymujemy następujące stosunki: oba końce jelita połączone a w środku wolno odcięte kawałki wpuklonych poprzednio końców, które przez lekki ucisk nad linją szwów, przesuwają się niżej, otwierając tem samem światło zszytego jelita.

Autor podaje rysunki, które znacznie ułatwiają zrozumienie metody. Doświadczenia przeprowadzał na psach, które po operacji szybko zdrowiały. Jako zalety metody podaje: pojedynczość zabiegu, bezpieczeństwo przed zakażeniem, — możność zastosowania operacji na jelicie cienk. i gr. bez zastosowania specjalnego materjału i narzędzi.

Kolodny A. **Pierwotny wielokrotny śródbłoniak kości.** Mężczyzna lat 48 ma silne bóle w biodrze lew., — nodze praw., — i między łopatkami. Badaniem stwierdza się: guzy na obu łopatkach, nad kostką zewnętrzną, prawą, — i na lewym guzie siedzeniowym. Badaniem mikroskopowem rozpoznano: pierwot. wielokrot. śródbł. Autor zaznacza, że przy różnicowaniu należy pamiętać o raku z przerzutami (badanie mikroskopowe).

Cutler i inni. **Zwężenie ujścia żylnego lewego.** Po omówieniu objawów klinicznych i zabiegów w zakresie serca, przechodzą autorowie do opisu swych doświadczeń:

a) Zamknięcie krążenia: po otwarciu worka osierdziowego, uciskają duże naczynia i stwierdzają, że serce mimoto pracuje nadal do 8 minut; jednak jeśli krążenie jest zamknięte dłużej niż 3 minuty, to chociaż później wraca do normy i serce prawidłowo pracuje, zwierzę ginie do kilku dni w objawach sztywności stosu i mięśni, — czyli, że centralny system nerwowy a zwłaszcza komórki piram. kory, mają mniejszą odporność na zatrucie niż inne tkanki.

b) Stworzenie zwężenia zapomocą szwu i radu: po otwarciu worka osierdziowego, zakładają szew jedwabny na końcu serca, zapomocą którego trzymają serce nieco wyciągnięte, następnie zakładają szew w okolicy pierścienia uszk.-komór, chcąc w ten sposób spowodować zwężenie; jednak po zabiegu zamiast szmeru rozkurczowego lub przedskurczowego, stwierdzano szmer skurczowy, który stale się zmniejszał i po kilku tygodniach znikał; przy sekcji znajdywano zastawki normalne,

szwu brak. Ponieważ więc to się nie udawało, poczęli stosować emanację radu mianowicie: wkładano 4—12 ziarenek radu na podstawę pierścienia dwudzieln. Żaden pies nie zniósł radu dłużej nad 3 miesiące, — a po zabiciu stwierdzano reakcję w tem miejscu, w postaci obrzęku i przekrwienia, zwężenia natomiast pierścienia nie było.

c) Zabiegi przy pomocy noża bez przerywania krążenia: wprowadzają w okolicę części tylnej pierścienia uszk.-komor. komory lewej nóż (na końcu zakrzywiony, mający ostrze po stronie wklęsłej, na długiej rączce), — dochodzą do zastawek, które przecinają; po zabiegu słyszalny szmer skurczowy. Zwierzęta szybko przychodziły do zdrowia. Używają także specjalnego »valvulotomu«, składającego się z dwu części, wchodzących w siebie przez uciśnięcie trzonka, którego koniec w kształcie piramidy jest ostry, — blizko zaś wierzchołka znajduje się wcięcie w obu częściach, które przez uciśnięcie trzonka zmniejsza się i jeżeli w niem znajdzie się jakaś tkanka, przetnie ją i usunie do wnętrza trzonu. Po nacięciu więc lewej komory w wierzchołku serca wprowadzają przez nacięte miejsce »valvulotom« kierując go ku zastawce; jeśli część zastawki wejdzie do wcięcia »valvulotomu« uciskają trzon wycinając część zwężonej zastawki, po wyjęciu »valvulotomu«, zakładają szew w miejscu naciętem. Poza doświadczeniami na zwierzętach, wykonali autorowie ten zabieg w 4-ch przypadkach zwężenia ujścia żylnego lewego u ludzi; mianowicie:

1. Przyp. — dziewczynka lat 11, cierpiąca na brak tchu, ataki krwioplucia, — badaniem stwierdzono typowe objawy zwężenia. Leczenie wewnętrzne bez skutku. Wykonano «valvulotomję«: z cięcia podłużnego od rękojeści mostka do $^1/_2$ odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, otwarto worek osierdziowy od przodu i dołu, przecinając na pewnej przestrzeni przeponę; następnie między dwoma szwami, za które przytrzymywano serce, nacięto mięsień komory lewej, wprowadzono »valvulotom« i wycięto część zastawki; założono szew na ranę mięśnia sercowego i zamknięto worek osierdziowy, do którego wlano 20 cm roztworu fizjolog. Na Cl. — Po operacji szmer rozkurczowy nad końcem serca pozostał, a skurczowy stał się silniejszy; dziecko szybko wraca do zdrowia, — żyję już rok po zabiegu, ma się dobrze.

W przypadku 2, 3 i 4-tym przypadku wykonano podobny zabieg. — wszystkie jednak skończyły się śmiercią, mianowicie: w 2-gim śmierć nastąpiła wskutek wady sercowej, która zabiegiem nie dała się usunąć, — w 3-cim stwierdzono na sekcji krwotok do worka osierdziow., pewnie wskutek stałego krwawienia ze zrostów serc. osierdz., — w 4-ym śmierć nastąpiła w sześć dni po zabiegu wskutek obustronnego zapalenia płuc, — czyli jest 75% śmiertelności, jednak nie wskutek samego zabiegu, lecz czynników następowych.

Janik (Lwów).

Annales de Médecine légale.

Nr. 4. 1924.

M a r t i n. **Projekt organizacji medycyny sądowej we Francji.** Ponieważ we Francji jest za mało specjalistów do rozstrzygania zawiłych spraw sądowych radzi autor ustanowić prócz lekarzy sądowych z dyplomami medycyny sądowej i psychjatrji specjalistów konsultantów. Wynagrodzenie lekarzy sąnowych, obecnie tak małe, możnaby powiększyć z pomocą urzędów miejskich, sędziowie zaś powinni zawsze wzywać przedewszystkiem lekarza sądowego jako znawcę.

D u v o i r. **T. zw. zapalenie nerek urazowe.** Mimo że teoretycznie zapalenie nerek urazowe dałoby się przyjąć, (po zranieniu nerki, urazie w okolicę lędźwiową, wstrząśnieniu całego ciała), zwłaszcza że w drugiej nerce niejednokrotnie po jednostronnym urazie występuje także zapalenie, to jednak praktycznie niema to większej wartości gdyż nie znało się stanu każdej nerki przed urazem; także opisywane przypadki nie dają pewności w tym względzie. Z punktu widzenia sądowo-lekarskiego jednak należy uznać, że wypadek może powodować zapalenie nerek, przedewszystkiem zaś może je pogorszyć. Co do niezdolności do pracy to ona waha się przy zapaleniu jednostronnem od 0—30%, przy obustronnem od 30 do 50%, a nawet do 70%, zależnie od wpływu zapalenia nerek na stan ogólny i od jego charakteru.

G a d i o t i H e y d e n. **Uproszczony sposób sądowej fotografji metrycznej.** System fotografi Bertillona jest mało używany z powodu znacznej ceny potrzebnych instrumentów. Heindl (Holandja) podał nową metodę fotogrammetrji bez specjalnych instrumentów, przy pomocy kwadratu o znanych wymiarach, który umieszcza się na podłodze w miejscu zdjęcia i z wielkości powstałego na odbitce trapezu można oceniać odległości i wielkość fotografowanych przedmiotów. Opierając się na metodzie autorowie podają swoją nową, używając dwu kół o znanych promieniach, które rysuje się na podłodze i przy pomocy prostych rysunków z elips na odbitce można określić wielkość każdego przedmiotu. Ma wyższość nad sposobem Heindla, że aparat fotograficzny nie musi być ustawiony równolegle do podłogi.

Annales de Medicine legale.

Nr. 5.

V e r v a e c k. **O postępowaniu wobec winowajców.** Mimo ostatnich badań na polu kryminologji i mimo uchwały w duchu nowoczesnem, nie postępuje się wobec winowajców przy wymiarze kary w myśl zasad ochrony socjalnej i profilaksji kryminalnej i nie uwzględnia się na równi z wielkością przewinienia indywidualności przestępcy, Częściowa zmiana postępowania karnego w tym duchu jest projektowana w Belgji. Ewolucja ujęcia kary przedstawia się w sposób następujący:

Początkowo celem było ukaranie i odpokutowanie, potem zaprowadzono tylko więzienie, wreszcie i to więzienie ograniczono tylko do pozbawienia wolności. Prócz ukarania starano się też odstraszyć winowajcę od recydyw; dotychczasowe jednak kary przeważnie zupełnie mijały się z tym celem. Według nowej koncepcji antropologicznej leczy się więźniów fizycznie i moralnie według dyrektyw na podstawie analizy ich osobowości, oddzielając osobniki chore i anormalne od normalnych. Celem obecnego więzienia jest nie tylko być domem pokuty, rozmyślań ale i domem pracy, szkołą, szpitalem, sanatorjum, lub też schroniskiem bezpieczeństwa. Autor zwraca uwagę, że łatwo przy obecnym stanie rzeczy, umysłowo chory bywa wypuszczany z więzienia, gdy przejdą jego cięższe objawy chorobowe; z punktu widzenia ochrony socjalnej w większej ilości przypadków takie osobniki należy dłużej zatrzymywać, lub przynajmniej otaczać opieką. Między chorymi umysłowo musimy odróżnić dwie grupy: 1) których trzeba leczyć (manja, melancholja, delirjum, dementia precox, paralisis gener., dementia senilis); 2) antisocjalnych, do których należą przedewszystkiem psychopaci konstytucjonalni i do których się zbliżają debile, degeneraci dziedziczni i imbecile. Małą grupę stanowią monomani, toksykomani, neuropaci, histerycy i epileptycy, rzadko neurastenicy. Z tych grup jedni są niebezpieczni ze względu na ich konstytucjonalne dążności, inni w następstwie reakcji zbrodniczych wywołanych przez ich choroby umysłowe. Należy więc postępować z nimi rozmaicie; względem jednych, którzy zawsze będą nienormalni, należy stosować wychowywanie i ochronę społeczną, względem drugich leczenie psychjatryczne. Według statystyki jest więcej, bo do 70% antysocjalnych przestępców niż chorych umysłowych. Projekt nowej ustawy o postępowaniu wobec przestępców we Francji atakuje stanowczo niekorzyść umieszczania degeneratów i psychopatów konstytucjonalnych wraz z chorymi umysłowo, co się często dzieje z różnych powodów. Projekt belgijski, mający znacznie więcej zalet, jest według autorów doskonały.

V e r g e r i L a n d e. **Tabes a wypadki przy pracy.** Autorowie wychodząc z ogólnego zapatrywania, że niema tabes bez lues, uważają, że żaden uraz żadnego rodzaju nie może wywołać tabes i to nietylko u nieluetyka, ale także u luetyka bez objawów tabetycznych; u tabetyka jednak urazy mogą wywoływać objawy, które byłyby nie wyszły na jaw bez urazu, lub też ujawniając pewne objawy zwracają uwagę na objawy luetyczne. Do najczęstszych następstw urazu należą u tabetyków złamania, które łatwo przychodzą do skutku wobec zmian w kościach, artropatje, również ataksja, która może się też ujawnić po wypadku. W ogłoszonych przez autorów przypadkach wypadek ujawnił dotąd niewidoczny wiąd.

Przy rozważaniach sądowo-lekarskich należy upewnić się o diagnozie wiądu przed wypadkiem a oceniać nie samą chorobę, tylko bezpośrednie i pośrednie następstwa wypadku, choroby bowiem za jego konsekwencję uważać nie można; uraz natomiast może w tych wypadkach działać pogarszająco.

Parisot i Lucien. **Spostrzeżenia sądowo-lekarskie nad rzadkiemi lub nietypowemi kształtami błony dziewiczej.** Rozważając rozwój embrjologiczny błony dziewiczej, podają autorowie genezę form rzadkich i atypowych i na tej podstawie a także według własnej statystyki uważają formę płatową za najbardziej normalną i najczęstszą. Jako formy nietypowe ze stanowiska sądowo-lekarskiego określają wszystkie te, które dają powód do mylnych sądów, a więc te, przy których albo wskutek obecności wrębów wrodzonych fałszywie rozpoznano deflorację, lub gdy mimo coitus błona dziewicza jest nietknięta. Autorowie podają środki pomocnicze djagnostyczne, ogólnie jednak znane by uniknąć tych błędów.

Zeitschrift für Medizinalbeamte und Krankenhausärzte.

Nr. 12. 1924.

Bachmann. **Pomiary antropologiczne i ich znaczenie dla higjeny wieku dziecięcego i niemowlęcego.** Ocenianie wieku dziecka na podstawie różnych zestawień długości ciała i wagi nie daje dobrych wyników, gdyż zestawienia te albo są robione na materjale dzieci dobrze rozwiniętych (Camerer) lub dzieci proletarjatu (Nicefor). Przy porównywaniu dzieci co do rozwoju należy brać pod uwagę nietylko rok, ale i dzień urodzenia, ewentualnie należy brać poprawkę z obliczonego przyrostu miesięcznego. Pomiary muszą się odbywać u znacznej ilości osobników w tej samej porze dnia, dzieci muszą być zdrowe, tej samej rasy i tej samej warstwy społecznej. Z pomiarów najlepiej brać długość ciała, obwód klatki piersiowej przy głębokim wdechu i wydechu i wagę ciała; inne pomiary są też cenne. Schlossmann, Murschhäuser i Pfaundler mierzą też w ostatnich czasach powierzchnię ciała. Quetelet podaje stosunek między wagą a długością ciała (cyfry odpowiedniejsze dla dorosłych), Livi stosunek między 3-cim pierwiastkiem wagi a długością ciała, Rohrer stosunek wagi ciała do 3-ciej potęgi długości. Ważniejsze znaczenie ma stosunek obwodu klatki piersiowej do długości ciała (Livi) i stosunek wysokości siedzeniowej do wagi (Pirquet). Dokładne pomiary w tym duchu dla dzieci 6-cio i 7-mioletnich w ostatnich czasach wykonali Lampert i Bachauer. Obok jednak tych ścisłych pomiarów trzeba przy ocenianiu rozwoju dziecka polegać też na osobistem doświadczeniu badającego lekarza. Pomiary takie mają znaczenie praktyczne; stwierdzają one wpływ wojny na rozwój fizyczny dzieci, oraz wykazują, że dzieci chowane w złych warunkach są znacznie gorzej rozwinięte i że pewne zawody upośledzają rozwój fizyczny; w tych przypadkach należy się starać o środki zaradcze. Przy pomiarach odbywa się też badanie lekarskie, przez które zwraca się uwagę na pewne choroby, rozwijające się u dziecka.

Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.

Tom IV. Z. 5. 1924.

Kalmus. **O pseudologia phantastica i jej znaczeniu sądowem.** Pseudologia phantastica ma według autorów znacznie większe znaczenie sądowo-lekarskie niż jej się przypisuje; jest ona często zapoznana i mało uwzględniana i to nietylko przez laików, ale i przez organa policyjne, prawników i lekarzy. Autor podaje kilka przypadków, gdzie wiele pracy kosztowało rozpoznanie u danej osoby faktycznego stanu Przy ocenianiu pseudologia phantastica nie wystarczy tylko dojść do wniosku, że dana osoba wierzy w swe kłamstwo, ale trzeba też wykazać patologiczne podłoże, jakiem najczęściej jest niedorozwój fizyczny, podłoże histeryczne, lub degeneratywne. Autor radzi szczególnie dokładnie badać psychjatrycznie w tym kierunku wtedy. gdy oskarżenie przeciw pewnej osobie polega na zeznaniach jednego świadka, zwłaszcza gdy jest to świadek młodociany lub kobieta, przyczem badający powinien mieć zupełną swobodę badania i ochronę prawną.

Piga. **Rzadki przypadek samobójstwa.** Autor podaje przypadek samobójstwa, który mógł budzić podejrzenie morderstwa, u mężczyzny 40-letniego, u którego stwierdził 3 rany kłuto-cięte za szyi, poziome i skośne, długości od 1 do 3 cm., oraz 10 ran kłutych w okolicy serca, pionowo biegnących, od ½ do 4 cm długości. Na małym palcu ręki prawej po stronie wewnętrznej rana cięta 1 cm długa, mniejsza ranka z płatem skórnym 7 mm długa po stronie promieniowej palca wskazującego tej samej ręki, obok zaś niej drobna ranka cięta. Przy oględzinach wewnętrznych stwierdzono dwukrotne przecięcie 5-tej i 6 tej chrząstki żebrowej, 9 ran kłutych serca, wszystkie przechodzące do komór, oraz 3 rany kłute płuc, rany zaś na szyi dochodziły aż do gardła. Rany zostały zadane nożem kuchannym. Kobieta posądzona o morderstwo miała jedną ranę kłuto-ciętą 2 cm długą na szyi i 2 rany cięte na palcach ręki prawej. Za morderstwem mogłoby przemawiać 9-krotne zranienie serca, ale wiadomo, że rany serca bezpośrednio nie muszą być śmiertelne, mogły być zresztą zadane bardzo szybko; bliższy jednak charakter ran (rany krótkie klatki piersiowej na małej przestrzeni, równoległe, rany na szyi od strony lewej ku prawej i w dół) wraz z wynikiem śledztwa prowadzą autora do wniosku, że miał do czynienia z samobójstwem. Rany cięte palców powstały przy trzymaniu noża w ręce.

Schwarzacher. **Znaczenie mierzenia przewodnictwa elektrycznego jam serca dla diagnozy śmierci z utopienia.** Pierwszy Carrara, potem Revenstorf wprowadzili tę metodę jako środek pomocniczy przy diagnozie śmierci z utopienia, jednak mimo lat 20-tu, przez które się ją stosuje, niema ona praktycznego znaczenia Chcąc się przekonać o wartości tej metody, autor często ją stosował, badając w tym kierunku krew z prawej i lewej komory ze zwłok osób zmarłych z różnych powodów i w różnym czasie po śmierci i przekonał się że metoda ta może dawać wyniki tylko w bardzo krótkim czasie po śmierci i że może mieć zastosowanie tylko w dobrze urządzonem laboratorjum.

Katz. **O zatorach tłuszczowych serca.** Autor badał płuca na obecność zatorów tłuszczowych w 600 zwłokach osób zmarłych z różnych powodów i stwierdził je w 194 przypadkach z tego w 133 przypadkach uszkodzeń kośćca i części miękkich, w pozostałych zaś 61 przypadkach schorzeń wewnętrznych. W wymienionych 133 przypadkach uszkodzeń tylko w 8 miu przypadkach i to przeważnie uszkodzeń miednicy uznał autor zatory tłuszczowe jako przyczynę śmierci, we wszystkich innych uszkodzenia tłumaczyły śmierć same przez się Z chorób wewnętrznych najczęstsze zatory tłuszczowe w płucach stwierdza się przy śmierci wskutek zmian w naczyniach i to często przy śmierciach nagłych, gdzie nie jest wykluczony upadek w chwili śmierci i wstrząśnienie systemu kostnego; w tych jednak przypadkach raczej zmiany w sercu a nie zatory tłuszczowe należy uważać za przyczynę śmierci. Stosunkowo często dały się wykazać zatory tłuszczowe u powieszonych, którzy byli dotknięci zmianami miażdżycowemi naczyń, stwierdzono je też w kilku przypadkach ciężkich infekcji (sepsis post abortum, tbc. z kacheksją, długotrwała pneumonja); autor tłumaczy je częściowo zmianami tłuszczowemi w sercu, częściowo ropniami np. przy sepsis lub też nieznacznemi wstrząśnieniami przy osłabionem sercu, można je też uważać za objawy agonalne. Ważnem jest wykazanie zatorów tłuszczowych w płucach noworodków, które urodziły się nieżywe; autor uważa je za przyczynę śmierci a ich powstanie tłumaczy wstrząśnieniami przy porodzie w łonie matki. W 3 przypadkach śmierci wskutek oparzenia stwierdził też autor zatory tłuszczowe, które tłumaczy znacznem zniszczeniem części miękkich; w jednym przypadku stwierdził zatory w następstwie eklampsji po porodzie. W licznych badanych świeżych przypadkach utopienia autor nie stwierdził zatorów tłuszczowych. Zagadnienie zatorów tłuszczowych jako przyczyny śmierci ma szczególnie ważne znaczenie dla lekarza sądowego, zwłaszcza wtedy, gdy zmiany patologiczne stwierdzone przy sekcji nie wystarczają do wytłumaczenia przyczyny śmierci.

Dürig. **Częściowo powietrzne płuca u dziecka zmarłego przed urodzeniem.** Kobieta, która miała za kilka dni odbyć poród, została zamordowana przez rany rąbane głowy i szyi. Przy sekcji jej zwłok, która odbyła się w 30 godzin po śmierci, znaleziono w macicy pęcherz płodowy utrzymany, w nim zaś płód donoszony obumarły, którego jednak prawe płuco na

brzegu płatu dolnego i środkowego było nieco powietrzne i te skrawki pływały. Ponieważ powietrze tu z zewnątrz dostać się nie mogło, autor przypuszcza aspirację powietrza przez przecięte duże żyły szyjne matki, skąd dostało się ono do żył macicy i przez dyfuzję wskutek wdechów duszącego się dziecka do obiegu krwi.

Szulisławska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 stycznia 1925.

Przewodniczy Kol. Majewski.

Obecnych 117 członków.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia przewodniczący zawiadamia o Cyklu wykładów Tow. higjenicznego i zachęca lekarzy do wzięcia jak najliczniejszego udziału. Wykłady odbywają się w poniedziałki od godziny 7½ w Muzeum Przemysłowem.

Kol. Henryk Wachtel wygłasza rzecz p. t.: **Wspomnienie o Janie Bergonié.**

W dyskusji kol. Blassberg wspomina, że Bergonié był wielkim zwolennikiem esperantyzmu w medycynie.

Kol. Zieliński Marcin wygłasza odczyt: **Charakter a budowa ciała.**

Istota charakteru buduje się z uczuciowych i popędowych elementów psychiki i wyraża się pewnym sposobem reagowania na podniety otoczenia. Te przejawy afektywne związane są z czynnością gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego. Wpływ gruczołów dokrewnych ujawnia się w pewnych okresach życia (pokwitanie, przekwitanie, miesiączkowanie) w towarzystwie zmian układu wegetatywnego, a poszczególne przebiegi wzruszeniowe charakteryzują się niemi wybitnie (krzywe oddechu, tętna, wydzielanie potu, śliny). Biologja nowoczesna stwierdza, że zaburzenia gruczołów dokrewnych, a raczej zespołów tych gruczołów z przewagą jednego, idą w parze ze zmianami w budowie ciała i wyglądzie zewnętrznym (tarczyca — karłowatość, przysadka — akromegalia, gruczoł płciowy — eunuchoidyzm). — W tych faktach zyskujemy podstawę do przyjęcia korrelacji biologicznej między charakterem a struktrną cielesną człowieka. Badania genealogiczne pozwalają śledzić przedstawicieli tej korrelacji w szeregu pokoleń, tam, gdzie mamy do czynienia z psychozami endogenicznemi, konstytucyjnemi. Myśl tę ujął ściśle i zastosował w badaniach klinicznych Kretschmer. Z badań jego wynika, że istnieje kilka typów budowy ciała, mających odpowiedniki charakterologiczne. Wyjaskrawieniem tych charakterów są obrazy chorobowe, których istotne rysy psychologiczne są te same. Budowie psychicznej (typ oddechowy, artretyczny innych autorów) odpowiada charakter cyklo-thymiczny i psychoza maniakalno-depresyjna, budowie atletycznej lub astenicznej z odmianami dysplastycznemi odpowiada charakter schizo-thymiczny i psychozy schizofreniczne.

Badania własne referenta, przeprowadzone na 50 przypadkach konstytucyjnej postaci padaczki, t. zw. padaczki właściwej, pozwoliły wyróżnić w tej grupie na tle budowy atletycznej lub asthenicznej dysplastyczność jako cechę wybitnie charakterystyczną (niestosunek kończyn do tułowia, silny rozwój kośćca przy małym wzroście i t. d. Tej formie chorobowej odpowiadały przedewszystkiem t. zw. charakter epileptoidalny, porywczość, egocentryzm, pedantyczna dokładność.

W dyskusji kol. I. Talko-Hryncewicz zabrał głos dla wyjaśnienia z punktu antropologji badań właściwości duchowych człowieka. Zwrócił uwagę na to, że mówca zarzucił antropologom, oddanym wyłącznie badaniom somatycznym, pewien sceptycyzm co do badań psychicznych. Pochodzi to stąd, że nauka o człowieku, opierając się wyłącznie na badaniach ścisłych, nie chce zejść z tego stanowiska i odrzuca to, czego nie może ująć cyrklem i miarą, tem więcej, że do czasów ostatnich badania psychiczne nie wytworzyły żadnej ściślejszej metody. Próby dotychczasowe zawiodły i były zapomniane, począwszy od jednego z pierwszych w Europie, który się tego podjął, słynnego filozofa XV. w. Jana z Głogowa prof. Akad. Krakow., który na zasadzie zewnętrznego wyglądu starał się rozpoznawać cechy duchowe. Po trzech wiekach myśl ta odżyła w XVIII. w. w fizjonomistyce Lafatera, a później znowu w badaniach Galla i jego ucznia Spürzheima. Lecz, kiedy te badania zeszły na manowce i poniekąd skompromitowały powagę wiedzy, zostały zapomniane. Nowoczesna medycyna dla swych celów praktycznych wprowadziła dwie odmiany konstytucji w zależności od zmian w wewnętrznych czynnościach gruczołów *habitus asthenicus* i *habitus apoplecticus*, różniących się pod względem cech anatomiczno-morfologicznych, fizjologicznych i właściwości patologicznych. Mówca zastosował to nie dawno przy pomiarach antropometrycznych i znalazł n. p., że lud krakowski posiada w znacznej części konstytucję apoplektyczną. Konstytucje mają związek z budową szkieletu, stosunkiem jego oddzielnych części, układem mięśniowym i tłuszczową podściółką, lecz i z budową czaszki i twarzy. Kretschmer w swej ostatniej pracy (Körperbau i charakter 1924 rok) przyjmuje, oprócz dwóch tych samych prawie zasadniczych typów, astenicznego i atletycznego (odpowiadającego mniej więcej apoplektycznemu), jeszcze i trzeci pikniczny i każdemu z nich przypisuje pewien temperament, i te lub inne cechy duchowe, usposabiające do pewnych chorób psychicznych. Ponieważ pracę swą Kretschmer opiera na typach antropologicznych, dlatego mówca wypowiada swe zdanie, że do wagi i pomiarów tułowia kończyn należałoby włączyć obwód głowy, jej długość i szerokość, jak również pomiary twarzy, które więcej dać mogą, niż przytoczone rysunki cztrech konturów.

Niewątpliwą zasługą Kretschmera pozostanie przyjęcie za podstawę badań psychjatrycznych typów antropologicznych, co w przyszłości znajdzie zastosowanie nie tylko w psychjatrji, lecz prawdopodobnie i w antropologji w celu określenia temperamentów i charakterów, czy to przy badaniu rodzin oddzielnych, jak i większych grup ludzkich narodów i ras. O zainteresowaniu powszechnem tym przedmiotem krakowskich psychjatrów, świadczy najlepiej nawiązujący się z tego powodu bliższy kontakt z zakładem antropologji.

W dalszym ciągu w dyskusji zabierali głos kol. Rose i kol. Bociański, który zwraca uwagę, że na budowę zewnętrzną zarówno czaszki, jak i kośćca, wpływać mogą czynniki przypadkowe, których nie można uważać za pochodzenia endogenicznego. Na formę czaszki może mieć wpływ niewątpliwie sam mechanizm porodowy, który konfiguruje główkę nieraz na całe życie. Co zaś do ogólnej budowy kośćca, to niektóre typy, a w szczególności typ przedstawiony przez mówcę jako atletyczny, zniekształcony, może mieć wpływ krzywica, nieraz nawet późno przebyta. Na chorobę tę składać się może nietylko wadliwy chemizm komórek, ale także czynniki zewnętrzne, jak światło, odżywianie i t. d.

Sekretarz: *Dr. Pawlas.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe w dniu 20 lutego 1924.

Przewodniczący kol. Zgórski.

Obecnych 115 członków.

1) Przewodniczący a) zwraca się z apelem do członków Towarzystwa o wzięcie udziału w Zjeździe lekarskim francusko-polskim, który odbędzie się w Paryżu w kwietniu b. r. Szczegóły w Gazecie lekarskiej;

b) zawiadamia, że zapowiedziany odczyt kol. Groera: »Wrażenia z Jugosławji« nie odbędzie się z powodu choroby mówcy.

2. Kol. Meisels przedstawia przypadek ze **zmianami w kościach obu przedramion i stawów nadgarstkowych.** U kobiety 43 letniej, krępej postaci, uderza krótkość kończyn górnych. W stojącej pozycji sięgają końce palców do granicy pomiędzy środkową a górną trzecią częścią uda. Krótkość ta jest



spowodowana przedewszystkiem niezwykłą krótkością przedramion. Ruchy w stawach nadgarstkowych, z wyjątkiem lekkiego upośledzenia supinacji, są zupełnie prawidłowe.

Badanie roentgenowskie wykazuje: kości obu przedramion krótkie, grube, struktura części gąbczastej i zbitej prawidłowa; kość promieniowa wygięta łukowato w części środkowej ku stronie wewnętrznej, w nasadzie od strony stawu łokciowego pochylona jest ku stronie kości łokciowej. Nasada ta przebiega skośnie schodkowato ze strony dystalno-lateralnej ku stronie

proxymalnej-wewnętrznej, gdzie tworzy staw z główką kości łokciowej. Kierunki oddalonych powierzchni nasad kości promieniowej i łokciowej tworzą ze sobą kąt ostry zamiast prawidłowej linji łukowatej. Kości nadgarstka i śródręcza są prawidłowe. Na zdjęciu bocznem przebiega kość promieniowa prawie prostolinijnie, istnieje tylko lekkie wypuklenie ku stronie dłoniowej w części środkowej. Nasada nie wykazuje skrzywienia, ani ku stronie dłoniowej, ani ku stronie grzbietowej. Szkielet ramion i kończyn dolnych jest zupełnie prawidłowy w budowie i konturach. Zmian krzywicowych nie można nigdzie stwierdzić. Próba Wassermanna we krwi jest ujemna.

Obraz roentgenowski przypomina zniekształcenie w szkielecie stawu nadgarstkowego, opisane przez Madelunga. Brak tu tylko skrzywienia ku stronie dłoniowej dystalnej nasady, które nadaje rękom charakterystyczny wygląd nadwichnięcia dłoniowego w stawie nadgarstkowym, względnie w rzadkich przypadkach skrzywienia nasady ku stronie grzbietnej, nadwichnięcia grzbietowego (subluxacji dorsalnej). Badanie roentgenowskie tych przypadków wykazało, że niema tutaj prawdziwego nadwichnięcia, lecz jest skrzywienie dystalnej nasady kości promieniowej w płaszczyźnie strzałkowej i pochylenie ku stronie łokciowej. W przypadku przedstawionym wystąpiło z nieznanych przyczyn zniekształcenie tylko w jednej płaszczyźnie. Mimo braku pochylenia w płaszczyźnie strzałkowej, które nadaje rękom ten charakterystyczny wygląd, należy przypadek ten zaliczyć do zniekształceń Madelunga, jako jednostronnie rozwinięta postać tego zniekształcenia.

W dyskusji kol. Schramm: Przypadku przedstawionego przez kol. Meiselsa nie mógłby uważać jako tak zwane zniekształtnienie Madelnnga., przy tem bowiem zboczeniu rozchodzi się o wygięcie dolnego końca kości promieniowej ku stronie dłoniowej, wskutek czego powierzchnia stawowa k. promieniowej ma przebieg skośny, zatem i nadgarstek ustawiony jest skośno, a ręka wygląda podobnie, jak przy zwichnięciu w stawie nadgarstkowym. Zboczenie to bywa nabyte jako skutek pewnych zajęć zawodowych.

Obustronne, zupełnie jednakie zboczenie kości promieniowej w środkowej jej części, jakie widzimy w przypadku przedstawionym, niedorozwój przedramienia, choć w nieznacznym stopniu, każe raczej przypuścić, że mamy do czynienia z wadą rozwojową nieznanego powodu.

W odpowiedzi kol. Meisels zaznacza, że przypadek przedstawiony nie posiada wprawdzie wszystkich cech zniekształcenia Madelunga, jak to już wyżej zaznaczyłem, jednak mimo to należy go do grupy zniekształceń, objętych tą nazwą, zaliczyć. Przemawiają za tem zarówno wygięcie łukowate kości promieniowej, jak i najbardziej charakterystyczna dla tego zniekształcenia zmiana w ustawieniu kości nadgarstka w stosunku do kości przedramienia.

Obustronność zmian i występywanie ich przedewszystkiem u osobników płci żeńskiej jest objawem przy tem zniekształceniu bardzo często występującym.

Przypadek ten przedstawia tylko niezupełną, pozorną formę tego zniekształcenia.

Kol. Hilarowicz wygłasza referat p. t. **»Wrzód żołądka i dwunastnicy oraz jego leczenie chirurgiczne w świetle nowszych badań.** We wstępie omawia zasadnicze kierunki badań lat ostatnich nad powstawaniem wrzodu, a mianowicie z jednej strony nad przyczynami miejscowemi, z drugiej ogólno-konstytucjonalnemi. Z pierwszych prac najważniejsze są prace, wykazujące przewlekłe zmiany zapalne w ścianie żołądka jako anatomiczne tło wrzodu, który wielu autorów uważa za makroskopowy wyraz już przedtem istniejących pierwotnych zmian drobnowidowych; kierunek drugi wyraża się w zwrocie ku teorjom nerwowym, opartym między innemi na obecności zmian anatomicznych w układzie wegetatywnym, obejmuje też badania nad zaburzeniami czynności narządów o wydzielaniu wewnętrznem i własnościami antypeptycznemi surowicy krwi u chorych na wrzód. Jako pozostającą w związku z leczeniem chirurgicznem, omawia mówca sprawę przypadków, charakteryzujących się objawami wrzodu, którego jednak przy operacji nie stwierdza się, następnie obrazy chorobowe, spowodowane zmianami łączno-tkankowemi nazewnątrz żołądka oraz przewlekłem zwężeniem dwunastnicowo-jelitowem.

Wpływ omówionych wyników badań na leczenie operacyjne wyraża się z jednej strony w nieco zwiększonej powściągliwości operacyjnej i chęci wykorzystania innych środków, przedewszystkiem leczenia ciałami białkowatemi, z drugiej **w zwrocie na korzyść metod doszczętnych**, a przeciw zespoleniu żołądkowo-jelitowemu; zwrot ten jest szczególnie wyraźny u chirurgów niemieckich, mniej wyraźny u francuskich i amerykańskich. Zespolenie traci na wartości zarówno ze stanowiska teorji zmian miejscowych, jak i teorji nerwowej, tudzież ze stanowiska technicznego, co tyczy się zarówno wrzodu dwunastnicy jak i wrzodu żołądka; co do tych ostatnich względów, konkurencję dla zespolenia stanowią zabiegi półradykalne, polegające na usunięciu samej tylko części odźwiernikowej z pozostawieniem wrzodu, a które odpowiadają różnym celom operacyjnym, lepiej jak zespolenie. Wreszcie w wielu przypadkach korzystniejsze, jak zespolenie, zdają się być szczególnie w ostatnich czasach polecane zabiegi, znoszące czynność samego odźwiernika. Metody doszczętne, polegają na usunięciu wrzodu wraz z całą częścią odźwiernikową, przyczem rodzaj połączenia nie odgrywa zasadniczej roli. W niektórych przypadkach nie dających się doszczętnie ani pół doszczętnie operować, zespolenie zachowuje swą dużą wartość leczniczą.

Referat objaśniono rysunkami i przykładami z materjału Kliniki Lwowskiej, której stanowisko odpowiada przedstawionym zasadom leczenia chirurgicznego.

W dyskusji kol. Schramm: jak z przedstawienia przedmiotu, wypowiedzianego przez kol. Hilarowicza, wynika, stanowisko Kliniki Lwowskiej w sprawie leczenia operacyjnego wrzodu żołądkowego uległo znacznej zmianie. Na Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie przed dwoma laty przemawiał S. za gastroenterostomją. Dzisiaj na podstawie obfitszego materjału i dłuższej obserwacji przeszedł mówca stanowczo do obozu zwolenników operacji radykalnej. Prace doświadczalne tak licznych autorów niemieckich, amerykańskich i francuskich, jakoteż doświadczenia, robione na Klinice Lwowskiej, zwłaszcza liczne doświadczenia dra Hilarowicza na zwierzętach, dowodzą, że jedną z głównych, jeżeli nie jedyną przyczyną wrzodu okrągłego żołądka, są przewlekłe zmiany zapalne w błonie śluzowej, zwłaszcza w części przyodźwiernikowej. Wycięcie więc tej części żołądka wraz z znajdującym się tam wrzodem usuwa nietylko doszczętnie wrzód, ale także działa zapobiegawczo przeciw tworzeniu się nowych wrzodów. Możemy to przyjąć z tem większą pewnością, że badania chemiczne wydzieliny żołądkowej po operacji tak rozległej wykazują, że kwasota soku żołądkowego zostaje przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków stale zmniejszona, znika więc jeden bezwątpienia z najważniejszych powodów powstawania wrzodu.

Przekonaliśmy się też, że śmiertelność bezpośrednia po nawet rozległem wycięciu żołądka jest prawie taka sama, jak po zwykłem zespoleniu tylnem, natomiast następowe powikłania, jak krwotoki, powstanie nowych owrzodzeń w żołądku, a zwłaszcza w miejscu zespolenia w jelicie cienkiem, zaburzenia w krążeniu treści jelitowej, są bez porównania rzadsze; unika się też niebezpieczeństw a pozostawienia wrzodu z już rozpoczynającem się zwyrodnieniem rakowatem, jakoteż późniejszej przemiany wrzodu w nowotwór, a jestto powikłanie częstsze, niż dawniej przypuszczał. Zespolenie wykonujemy obecnie tylko w przypadkach, w których bardzo rozległe zrosty z otoczeniem, głębokie owrzodzenia, sięgające daleko w miąższ trzustki lub wątroby, wreszcie bardzo nędzny stan odżywienia chorego nie pozwalają na wycięcie żołądka, które zawsze jest zabiegiem większym, niż zespolenie. Zdarzały się nam też przypadki, w których badanie kliniczne jak najdokładniejsze kazało rozpoznawać przewlekły wrzód żołądka, który mimo stosowania racjonalnego leczenia środkami wewnętrznemi nie goił się; po otwarciu jamy brzusznej jednak wrzodu nie stwierdzono; w przypadkach takich zastosowaliśmy kilkakrotnie z dobrym wynikiem polecane już dawniej przez Braicewa, a niedawno znów wprowadzone przez Payra przecięcie zwieracza odźwiernika, nie przecinając błony śluzowej.

Kol. Grek: Przyjęty dziś ogólnie pogląd, iż wrzód żołądka lub dwunastnicy nie jest cierpieniem miejscowem, lecz w ogromnej większości przypadków następstwem schorzenia ogólnego, wymaga w pierwszym rzędzie leczenia zachowawczego, leczenia nie tylko żołądka, lecz całego chorego organizmu. Prawidła, podane kiedyś przez Leubego i Ziemsena, wymagające kilkutygodniowego leżenia w łóżku, przestrzegania odpowiedniej nie drażniącej djety, wreszcie stosowania szeregu środków, mających zobojętnić lub też obniżyć wydzielanie kwasu solnego, mają w leczeniu zawsze jeszcze podstawową rolę. O dobrych wynikach przy tego rodzaju leczeniu poucza codzienne doświadczenie kliniczne. W przypadkach, w których chory ze względów socjalnych nie może pozwolić sobie na zaniechanie pracy przez czas dłuższy, leczenie wewnętrzne prowadzone ambulatoryjnie daje często również korzystne wyniki, jeżeli tylko chory przestrzega leczenia djetetycznego i wskazówek lekarskich. Z pewnością leczenie wewnętrzne wrzodu żołądka jest leczeniem bardzo uciążliwem już choćby z tego względu, że rozciągać się musi nie na tygodnie, lecz na długie miesiące, jeżeli nie na lata. Jedną z najczęstszych przyczyn nawrotu cierpienia jest zbyt szybkie zaniechanie przez chorych odpowiedniej djety, odpowiedniego zachowania się.

Liczba uleczonych przypadków, dzięki leczeniu wewnętrznemu, zwiększy się znacznie, jeżeli się uwzględni, że wiele wrzodów żołądka lub dwunastnicy jest zawsze jeszcze nie rozpoznawanych, a kryje się często pod nazwą »przewlekłych nieżytów« lub »nerwic« żołądkowych. Co do metod rozpoznawczych, pamiętać należy o utajonem krwawieniu, tak charakterystycznem dla wrzodów żołądka lub jelit. Znikające krwawienia świadczą często o postępującem zabliźnianiu się wrzodu. W leczeniu wrzodów żołądka również zabieg chirurgiczny ma poważne znaczenie, musi on mieć jednak zawsze swoje ściśle wskazania. W przypadkach, w których wskutek wrzodu lub też następstw tegoż wystąpią zaburzenia w czynności mechanicznej żołądka, gdzie mimo systematyczne leczenie objawy wrzodu nie ustępują, przy *ulcus callosum*, przy utrzymujących się lub często powtarzających się krwawieniach, a wreszcie w przypadkach przebicia jedynie zabieg chirurgiczny przyniešć może uleczenie.

Kol. Pisek: Ani terapja, stosowana przez internistów, a jeszcze mniej terapja chirurgiczna jest idealną. Wszak dziś uważa się, wrzód żołądka w przeważnej części przypadków nie

za schorzenie miejscowe, lecz jako skutek schorzenia ogólnego pozażołądkowego, a tylko nieliczna grupa przypadków powstaje z przyczyn miejscowych, ale także dla tych przypadków przyjąć należy szczególniejszą wrażliwość chorobową »gotowość« schorzenia.

Nerwopochodne, w myśl teorji Bergmanna, wrzody żołądkowo-dwunastnicowe różnego zresztą rodzaju, stanowią też przeważającą ilość przypadków, jak to dowodzi częstość wrzodów właśnie u wago- i sympatikotoników. Mechaniczna teorja Aschoff'a o »cieśni«, a więc lokalistyczna, zwalczająca teorję Bergmana, znajduje też dużo przeciwników. Mimo to pogląd, że wrzód jest wyrazem zaburzeń odżywczych nerwopochodnych, że ustrojowa lub nabytą skłonność trzewowego układu nerwowego nerwów, układu wegetatywnego odgrywa tu rolę zasadniczą, ma coraz więcej zwolenników. Znaną też jest rzeczą, że u tych chorych widzi się często przypadłości naczyniowo-ruchowe, szczególnie u kobiet. Niektórzy autorowie stwierdzają obecnie kapilaroskopijne obrazy, cechujące nerwice naczyniowe (O. Müller, a z polskich Rosenberg w Łodzi P. G. l. Nr. 5. str. 125). W bardzo wielu przypadkach (Holler i Velczer mówią o 63), etjologja wrzodów ma tło gruźlicze, również t. zw. zespół śródpiersiowy (»*mediastinaler Symptomencomplex**) u tych chorych należy do często spotykanych (Marcovich 78%) zaś Cade i Ravauet podają, że 28% chorych tych okazuje gruźlicę. Widać więc, że w następstwie powstać mogą w narządach wykonawczych, zależnych od owych śródpiersiowych schorzeń pni nerwowych, także i troficzne zmiany więc i wrzody żołądkowo-dwunastnicowe. Ciekawe światło rzucają na tę sprawę wyniki sekcyjne, w których stwierdzono schorzenia w rdzeniu przedłużonym w zwojach jądra nerwu błędnego lub też sąsiedztwa. Szereg danych wskazuje, że wrzód nie jest schorzeniem miejscowem.

Leczenie chirurgiczne we wrzodzie ma swoje ścisłe wskazania i na zawsze pozostanie dla pewnej grupy wrzodów, czy też okresów ich, jedyną terapją. Możliwie, że także przecięcie wielkiej ilości nerwów zmienia zasadniczo czynność innych grup nerwowych, a więc zbliżałby się zabieg chirurgiczny, jak sądzi Stierlin, poniekąd do leczenia przyczynowego. Podnieść jednak należy, że przecież pewna odsetka operowanych zapada po niejakim czasie na nowo na stare przypadłości.

Przypadki takie dowodzą, że zabieg chirurgiczny, wykonany według ogólnie uważanych najlepszych sposobów, nie usuwa zboczeń ustrojowych, usuwa tylko ich wytwór, a nie przyczynę. Ten wzgląd skłonił też wielu chirurgów do stosowania metod bardziej radykalnych.

A jak się przedstawia leczenie internistyczne? Przypadki samoistnego wyleczenia się lub samoistnej poprawy znacznej, nasuwają przypuszczenie, że zabieg chirurgiczny może mieć tylko względną wartość. W praktyce codziennej stwierdza się, że należyte leczenie internistyczne, konsekwentne, daje w całym szeregu przypadków znakomite wyniki. Nawet w przypadkach żołądka klepsydrowatego i w drugim żołądka kaskadowatego u kobiety ciężarnej uzyskałem poprawę znakomitą leczeniem wewnętrznem. Jako pomocniczy czynnik obok swoistej djety, typowego leczenia alkaliami w różnych modyfikacjach, leczenia oliwą, papaweryną i atropiną — reprezentującemi niejako terapję przyczynową — służy ebecnie i dawkowana roentgenoterapja okolicy żołądka lub śródpiersia. Na zarzut, że leczeniem internistycznem osiągamy w najlepszym razie ustąpienie dolegliwości, okres dłuższy lub krótszy utajenia wrzodów — odpowiada mówca, że okres ten trwa nieraz latami, a nawroty konsekwentnie leczone również dają wyniki dobre. Nawet naj owszy sposób leczenia ambulatoryjnego zdaje się czasem dla niektórych przypadków wystarczającym.

Od dwóch lat terapja wrzodów weszła w nowy okres. Pogląd, że dążyć należy do terapji przyczynowej, przeciw szkodliwości wytwarzającej schorzenie nerwów żołądkowych i ich następstwom, że podłożem są tu schorzenia ustrojowe, skierowały usiłowania lecznicze do proteinoterapji, a raczej do terapji ciałami pobudzającemi (*Reizkörpertherapie*). Znamienne, że początek zrobili nie interniści, ale sami chirurdzy. (Pribram na klinice chor Biera). Wstrzykiwania śródżylne dały na dziesiątkach przypadków u różnych autorów (Holler Fischl i i.) nieraz zdumiewające wyniki. Zadaniem internisty jest najściślejsze rozpoznanie, stosując wszelkie metody rozpoznawcze. Pamiętać przytem należy, że stopień kwasoty dużo na znaczeniu stracił, że *anaciditas* często jest tylko pozorną, że w 20% chorych z rakiem żołądka stwierdzono [1]) wolny HCl i t. d. i t. d. Pamiętać wreszcie musimy, że i Roentgen z ujemnym wynikiem nie wyklucza wrzodu, słowem obraz, cały zespół objawów daje dopiero ścisłe rozpoznanie. Nawiasowo nadmienia mówca, że do badania utajonego krwawienia najlepiej nadaje się metoda Wohlgemuta [2]).

Na pytanie czy choroba wrzodowa ma być domeną terapji internistycznej, czy chirurgicznej, oświadcza mówca:

I. Każdy przypadek niepowikłanego wrzodu należy do zakresu medycyny wewnętrznej. Należą tu również przypadki t. zw. »wrzodów utajonych«.

II. Objaw nyży nie jest wskazaniem do operacji.

III. Przypadki zwężenia znacznego stopnia »10—12 godz. pozostałość«, *ulcera callosa*, leczone bezskutecznie systematycznie, nieustające bóle długotrwałe, przypadki przebicia lub grożące przebiciem, wzrastające wyniszczenie chorego, nakoniec stanowisko społeczne chorego — oto wskazania operacyjne.

Wszak Mayo, chyba kompetentny, dopiero wtedy operuje wrzód, gdy »7 internistycznych kuracyj« przedtem przeprowadzono [3]). Nie od rzeczy będzie jeszcze raz przypomnieć, że sprawa przejścia wrzodu w raka jeszcze nie jest załatwiona, narazie co do dwunastnicy jest wielce wątpliwą.

Kol. Węgłowski uważa, że wrzód żołądka, czy też dwunastnicy, należy do internisty, dlatego też u niego w szpitalu chorzy podobni są skierowywani na oddział wewnętrzny, który dopiero ewentualnie odpowiednie przypadki przeznacza do operacji. Co do wyboru metody operacyjnej, to W. jest dotychczas przeciwnikiem operacji radykalnej, gdyż po tej są częstsze nowe wrzody trawienne w jelicie cienkiem, krwotoki; również daleko większy procent śmiertelności jest przy resekcji niż przy zespoleniu. W roku ostatnim na kilkadziesiąt gastroenterostomij W. nie miał ani jednego przypadku śmierci. Kol. Schramm w odpowiedzi zaznacza, że daleko rzadziej po resekcji są wrzody, jak również i krwotoki.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 sierpnia 1924.

Przewodniczy kol. Drożdż.

Obecnych 13 członków i 1 gość.

1. Kol. Jaczewski pokazuje dwie **chore kiłowe z rzadkiem umiejscowieniem cierpienia**; jedną z objawami wtórnemi na skórze i umiejscowieniem pierwotnem o stwardnieniu równocześnie na 4 palcu ręki lewej i 3 — prawej w postaci zanogcicy — oraz drugą - z rzadką postacią kiły liszajowatej.

W dyskusji zabierał głos kol. Cynberg.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

3. Omawiano sprawę organizacji bankietu w dniu 7 września 1924.

4. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.

5. Przez balotowanie przyjęto na członka kol. Rupniewskiego.

6. Kol. Garbaczewski odczytał sprawozdanie z miejskiego Wydziału zdrowia za 1923 rok.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 września 1924.

Przewodniczy kol. Drożdż.

Obecnych 14 członków i 5 gości.

1. Kol. Kożuchowski pokazuje kilkuletnią dziewczynkę która od 2 lat ma **otwór w powłokach brzusznych**, z którego wystaje guz około 10 cm długości (najprawdopodobniej jelito grube). Przypuszczalną przyczyną było zapalenie wyrostka robaczkowego. Chora ma być operowaną.

2. Kol. Jaczewski pokazuje dwa przypadki **pozapłciowego zakażenia kiłowego**: pierwszy — pierwotne stwardnienie na trzecim członie trzeciego palca ręki prawej; drugi — owrzodzenie pierwotne na prawym migdałku.

W dyskusji zabierali głos koledzy Krysiński i Garbaczewski.

3. Kol. Drożdż pokazuje chorego z **połowicznym postępującym zanikiem twarzy** na tle uderzenia przed 3 laty.

4. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

5. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.

6. Kol. Kożuchowski omawia 4 przypadki szpitalne:

a) Osesek (chłopiec) z **zakażoną pępowiną**. Stan ogólny bardzo ciężki. Po wycięciu zakażonej pępowiny i zastrzyknięciu propidonu szybko zdrowieje;

b) niewiasta lat 46 z **guzem ruchomym w jamie brzusznej**. Rozpoznano nerkę ruchomą, zrobiono zabieg ustalenia nerki, bóle nie ustały. Dokonano laparotomji i znaleziono wydłużony płat wątroby, dochodzący aż do pachwiny, pod nim wielki woreczek żółciowy i w wspólnym przewodzie żółciowym duży kamień. Usunięto woreczek i kamień. Bóle ustały;

c) mężczyzna lat 28 z **przebiciem wrzodu trawiennego żołądka**. Po dokonanym zabiegu sprawa skończyła się pomyślnie

d) **płód wydobyty z jamy brzusznej**.

7 Przeznaczono 647 złotych, zebranych na bankiecie, na fundusz stypendjalny Towarzystwa.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 października 1924 r.

Przewodniczy: kol. Drożdż.

Obecnych 14 członków i 3 gości.

1. Kol. Drożdż pokazuje chorego z **drganiem warg po nagminnem zapaleniu mózgu**.

*) Kraemer'a stłumienie międzyłopatkowe, Koranyi'ego Spinalgia tamże, okrąg skórnej hiperalgji, objaw d'Espine'a, gościec międzyłopatkowy.

[1]) Panchet i Hirschberg. Arch. d. mal. de l'app. digest. Nr. 7. 1924.

[2]) Benzidini puri 0,50, Acidi acetici (50%) gr 50. S. I.; Glycosae 5,0, Ortizon 2, Alcohol (50%) 50. Po 2 krople I. i II. dają niebieskie zabarwienie w przyp. dodatnich.

[3]) Med. Kl. Nr. 17. 1924. Str. 556.

2. Kol. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.
3. Przez balotowanie przyjęto na członka kol. Klukowskiego.
4. Kol. Lerkam wygłosił referat: O drganiach porodowych.
W dyskusji zabierali głos koledzy Czerwiński, Garbaczewski, Waśkowski, Biliński i Drożdż.
5. Kol. Garbaczewski składa sprawozdanie rachunkowe komitetu jubileuszowego.
6. Kol. Przewodniczący składa sprawozdanie rachunkowe z pracowni anatomo-patologicznej.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 października 1924 r.
Przewodniczy: kol. Drożdż.
Obecnych 13 członków 2 gości.

1. Kol. Drożdż pokazuje przypadek drgania (tic) po obwodowem porażeniu nerwu twarzowego.
2. Kol. Czerwiński omawia operowany przez siebie przypadek wielki go włókniaka macicy. Po usunięciu macicy wraz z przydatkami, przebieg był bez powikłań, zwrócono tylko uwagę na długo trwający bezmocz. Po 8 dniach chora zmarła. Sekcja wykazała, jako przyczynę śmierci, podwiązanie obu moczowodów. Kol. Czerwiński przytacza statystykę i mówi, że tego rodzaju przypadków opisano wiele.
W dyskusji zabierali głos koledzy Jaczewski, Wąsowski, Sitkowski i Drożdż.
3. Kol. Przewodniczący odczytuje bieżącą korespondencję.
4. Przez balotowanie przyjęto na członka kol. Moroza.
5. Koi. Skibiński referuje obszerne sprawozdanie ze zjazdu okulistów we Lwowie.
6. Kol. Morozowa składa sprawozdanie z działalności pracowni anatomo-patologicznej.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 listopada 1924 r.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 22 członków i 6 gości.

1. Kol. Drożdż pokazuje przypadek acrocyanosis chronica hypertrophica Cassirera.
2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
3. Kol. Jan Arnsztajn i Veit wygłosili referat »O chorobie Vaquez'a (Rzecz przeznaczona do druku).
4. Przyjęto projekt regulaminu funduszu stypendjalno-zapomogowego przy Lubelskiem Towarzystwie lekarskiem.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 listopada 1624.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 19 członków i 5 gości.

1. Kol. Drożdż przedstawił chorego z bezwładem postępującym, leczonego zimnicą z bardzo pomyślnym wynikiem.
2. Por. Jan Gawroński wygłosił I część odczytu »O gazach bojowych«.
3. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
4. Kol. Drożdż zakomunikował o konferencji, jaka odbyła się w Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia z kierownikiem uzdrowiska dla dzieci zołzowatych w Busku; odczytał sprawozdanie z działalności tego uzdrowiska i odezwę, nawołującą do popierania go.
Po dyskusji, w której zabierali głos koledzy: Czerwiński, Cywiński, Dziemski, Garbaczewski, postanowiono powołać Komisję w składzie wice-prezesa Towarzystwa kol. Wąsowskiego, jako przewodniczącego; kol. Garbaczewskiego i Cywińskiego, jako członków, która to Komisja ma zredagować odezwę, nawołującą do jak najwydatniejszego popierania uzdrowiska.
5. Kol. Krysiński zabiera głos w sprawie szerzącej się epidemji płonicy i zawiadamia o bardzo dodatnich wynikach szczepień zapobiegawczych w powiatach radzyńskim, zamojskim i lubelskim.
W dyskusji nad tą sprawą zabierali głos kol. Brajczewski, Cywiński i Garbaczewski.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 grudnia 1924.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 22 członków i 6 gości.

1. Kol. Rogoziński pokazał 3 letnie dziecko po operacji guza w brzuchu. Guz ważył 8 funtów. Badanie mikroskopowe guza w Pracowni Lub. T-wa lek. wykazało, iż jest to śluzako-kostniako-mięsak. Kol. R. uważa, iż należy chorego naświetlać, aby uniknąć nawrotu.
2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
3. Odczytano podanie kol. Gąsiorowskiego z Puław o przyjęcie go w poczet członków Towarzystwa i bieżącą korespondencję.
4. Kol. Drożdż, w związku z przypadkiem pokazanym na poprzedniem posiedzeniu, wygłosił referat »O leczeniu kiły zimnicą«.
W dyskusji nad tym referatem zabierali głos: kol. Mandelbaum, Cynberg, Krysiński, Wąsowski, Wośkowski i Distler.
5. Kol. Wąsowski zdał sprawozdanie z prac Komisji, redagującej odezwę w sprawie sanatorjum dla dzieci zołzowatych w Busku i odczytał odezwę, zredagowaną przez Komisję.
Po dyskusji, w której zabierali głos: kol. Kujawski, Sitkowski St., Cywiński, Krysiński, Drożdż i Brzeziński uchwalono wydrukować odezwę w miejscowej prasie i przesłać odezwę do sejmików i magistratów na terenie Województwa Lubelskiego.
6. Postanowiono zaprenumerować na rok 1925 następujące pisma: Polską Gazetę Lekarską, Nowiny Lekarskie, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Wiener Klinische Wochenschrift, Klinische Wochenschrift, La presse médicale i Bulletin de la Société médicale des Hopitaux de Paris.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 grudnia 1924.
Przewodniczy kol. Drożdż.
Obecnych 18 członków i 6 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.
2. Por. san. Gawroński wygłosił II. część swego odczytu: »O gazach bojowych«.
3. Przyjęto w poczet członków T-wa kol. Gąsiorowskiego.

Dr. Br. Sitkowski, sekretarz.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 lutego 1925 r.

Przewodn. kol. K. Opoczyński, sekr. kol. E. Czarnecki.

Obecnych 99 osób, w tej liczbie 50 członków T-wa.

1. Z powodu śmierci członka T-wa, ś. p. prof. Tadeusza Budzińskiego, zmarłego dn. 14 lutego b. r., prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne; obecni uczcili pamięć przez powstanie. Następnie życiorys zmarłego kolegi skreślił kol. W. Giedgowd. Kol. E. Mancewicz ofiarował Towarzystwu maskę Zmarłego.
2. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dnia 4 b. m.
3. Kol. Ch. Zarcyn — a) pokaz dziecka w wieku 6 miesięcy 3 dni, któremu w 11 dniu życia dokonał operacji z powodu rozszczepienia kręgosłupa — (*spina bifida*); wynik operacji dobry, niedowład, który był pierwotnie, został; stale jednak spostrzega mówca w tym kierunku polepszenie; jest wodogłowie, mimo to dziecko umysłowo rozwija się dobrze. Wyniki operacji w podobnych przypadkach są niezadowalniające, dając zazwyczaj wielką odsetkę śmiertelności.
Dyskusja. Kol. L. Łukowski — zna pokazane dziecko z poprzedniej obserwacji, wynik operacji świetny, rokowanie jednak złe, ponieważ dziecko ma wodogłowie, cierpi na niedowład dolnych kończyn, pęcherza i prostnicy. Kol. A. Karnicki. Czy wobec niepomyślnego przebiegu podobnych przypadków wskazany jest wysiłek chirurgów? W odpowiedzi kol. Zarcyn zauważa, że ze słów matki stan dziecka stale się polepsza, niedowład pęcherza niema; wodogłowie z 49 cm po upływie 3 miesięcy doszło zaledwie do 50 cm. Co zaś do umysłowych zdolności przy wodogłowiu, przypomina, że sławny Helmholtz cierpiał na tę wadę.
b) Preparat makroskopowy dużej części kości goleniowej, uzyskany drogą operacji u 6-o letniego dziecka z powodu zapalenia szpiku kostnego. Nastręczały się pewne trudności w rozpoznaniu; powstawało przypuszczenie skrobiowatego zwyrodnienia na tle procesu ropnego, trwającego od roku. Operacja doszczętna z usunięciem znacznej części kości goleniowej, wobec niezupełnie pomyślnego przebiegu przy pozostawieniu trumienki. Podobny sposób operacji stosuje referent dość często z wynikiem zadawalniającym.
c) Preparat wyrostka robaczkowego, uzyskanego drogą operacyjną po upływie 30 godzin od pierwszego napadu; mimo stosunkowo krótkiego czasu od chwili napadu wyrostek uległ dość znacznej martwicy.
d) Preparat makroskopowy uchyłku Maeckel'a, uzyskany drogą operacyjną u dziecka w wieku 1 roku 10 miesięcy. Dziecko przed wstąpieniem do szpitala chorowało 2 tygodnie. Ze słów otoczenia można było przypuścić wgłobienie jelit. W szpitalu stwierdzono z prawej strony brzucha guz; operacja — pętla jelit skręcona, jak sznurek.
Dyskusja: Kol. K. Michejda w sprawie przypadku drugiego ma wątpliwości i zastrzeżenia, że trumienka jest niezdolna do życia — ma dobre wyniki przy pozostawieniu sekwestru. Niezawsze, gdzie się robi resekcje kości następuje powrót do normalnego stanu, powstać bowiem może *pseudoarthrosis*. We wszystkich podobnych przypadkach należy ściśle indywidualizować. Kol. Trzeciak mówi o przypadku, w którym zaczęto operację, przypuszczając, że jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono uchyłek Maeckel'a. Kol. L. Achmatowicz. Jak prędko regeneruje się kość po operacji doszczętnej?
W odpowiedzi Kol. Ch. Zarcyn zgadza się z wywodami Kol. K. Michejdy. W sprawie regeneracji kości stwierdza, że na podstawie obrazu roentgenowskiego odnowienie kości posuwa się z dwóch stron w postaci stożków, których spotkanie

następuje, zależnie od wielkości braku kostnego, mniej więcej po upływie 3 miesięcy.

4. Kol. M. Eiger wygłasza rzecz p. t.: **Wpływ chemji fizycznej na fizjologję i medycynę współczesną.**

Dyskusja. Kol. S. Schilling-Siengalewicz podkreśla doniosłość zmian koloidalnych tkanek i krwi w pewnych procesach chorobowych, jak również ważność działania niektórych ciał, które, zdaje się, li tylko swoim stanem fizykalnem mogą wywołać znaczne zmiany w ustroju. Mówca przytacza bardzo ciekawe doświadczenia Gye i Purdy, które wykazały na zwierzętach, że momentem patogenicznym w powstawaniu marskości wątroby są koloidalne zawiesiny krzemianów. Opierając się na tem, że koloidy krzemianów są znacznie rozpowszechnione w niektórych produktach spożywczych i używkach (n. p. w litrze piwa około 400—500 miligr.) sądzi mówca, że marskość wątroby u ludzi mogłaby być również wynikiem fizyzykalnego działania krzemianów na miąższ wątrobowy (streszczenie własne). Kol. E. Czarnecki: Ostatniemi czasy na podstawie badań z zakresu nauki o koloidach zaczęto stosować zabiegi leczenia. Wobec stwierdzonego niejednokrotnie faktu, że przy gruźlicy występuje nadmierne napięcie powierzchniowe w surowicy krwi badacze amerykańscy przeprowadzają wstrzykiwania soli żółciowych lub rozczynów mydła z rzekomo zachęcającym wynikiem. Wobec kwestjonowania przez referenta drugiej części tezy Lumière'a: L'état colloidal conditionne la vie; la floculation détermine la mala die et la mort«, stwierdza, że cały szereg spostrzeżeń, w pierwszym zaś rzędzie szok anafilaktyczny, gdzie niewątpliwie w wielu przypadkach powstaje flokulacja, potwierdza słuszność tego twierdzenia. Na podstawie prac Darranyi zaznacza, że we wszystkich stanach chorobowych, w których powstaje wytwarzanie się toksyn (rozpadowe gruźlicze, nowotwory złośliwe i t. p.), spotyka się wzmożoną chwiejność stanów koloidalnych surowicy krwi, która wzrasta równolegle z nasileniem objawów. Z drugiej strony badania Herzfelda i Klingera wykazały, że w procesach chorobowych ze wzmożonym rozpadem białkowym, zwiększa się we krwi ilość globulin. Być może, iż chwiejność stanów koloidalnych w wymienionych cierpieniach można postawić w zależność ze zjawianiem się w surowicy krwi tej stosunkowo dużej cząsteczki białka. Kol. K. Opoczyński mówi o ogromnej metamorfozie, jaka powstaje w pojęciach badaczy różnorodnych dziedzin w związku z rozwojem nauki o koloidach. Odpowiada prof. M. Ejger.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Posiedzenie sekcji eugenicznej.

Prof. Venulet wygłosił oddzyt: **O konstytucji ustroju ludzkiego.** Mówca w jasny sposób określił, co pojmuje pod nazwą konstytucji. Jest to suma cech i własności, które odziedziczamy po rodzicach. Konstytucja ustroju zależy od właściwości komórek płciowych obu rodziców Odróżniamy cztery typy normalne, oraz niezliczoną ilość typów przejściowych. Typami normalnemi są: 1) Typ oddechowy (górale), w których jest przedewszystkiem rozwinięta klatka piersiowa, twarz jest długa, pociągła, jama brzuszna w stosunku do klatki piersiowej jest niewielka. 2) Typ trawienny znamionuje się rozwojem jamy brzusznej i dolnej części twarzy (eskimosi). 3) Typ mięśniowy, najbardziej harmonijny, występujący u atletów, był on ideałem starożytnych Greków. 4) Typ mózgowy, z przewagą rozwoju czaszki, słabszym wzrokiem i budową. Do typów konstytucyj chorobowych, wymienić należy: artretyczny, gruźliczy, wysiękowy. Lecz i każdy poszczególny narząd ustroju posiada ją i każda z wielu komórek, z których ustrój jest zbudowany. Komórka składa się z zarodzi i jądra. Najważniejszą częścią jądra są barwikowe cząsteczki, zwane chromosomami, które uważamy za nosicieli cech dodatnich i ujemnych. Ilość chromosomów w jądrze komórki rozrodczej jest dla każdego gatunku stała. U ludzi wynosi 24. Nie wszystkie chromosomy posiadają wartość jednakową. Jedne z nich mogą być roznosicielami cech dodatnich, inne ujemnych. Przed połączeniem się komórki płciowej męskiej i żeńskiej, tracą one połowę chromosomów. Od przypadkowości podziału chromosomów zależy jakość cech przekazanych powstającemu organizmowi. Nie wszystkie cechy jednak przejawiają się u dziecka, niektóre z nich występują później, inne zaś przez całe życie są utajone, lecz mogą wystąpić u potomstwa. Nie znając biologicznej przeszłości rodziców, nie możemy wyrokować o dziedziczności. O dziedziczności konstytucji najlepiej przemawia do nas wrażliwość na niektóre choroby zakaźne (błonica). Wiadomo, że dorośli w 80% nie są wrażliwi na błonicę, 20% jest wrażliwych i ci ostatni posiadają dzieci specjalne i wrażliwe na błonicę. Konstytucja ustroju jest stałą i niezmienną. Zmiany te jednak mogą występować tylko wówczas, gdy konstytucja ustroju na to pozwala. Z punktu widzenia eugenicznego, ma duże znaczenie ta okoliczność, że braki konstytucji poszczególnych osób można do pewnego stopnia wyrównać dzięki czynnikom zewnętrznym (sporty, wybór zawodu, tryb życia), zwłaszcza stosując je zapobiegawczo. Fatalizm, jaki wynika z określenia niezmienności konstytucji, nie jest zupełnie usprawiedliwiony.

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.
Sekcja pedjatryczna.

1. Sekcja pedjatryczna, mającego się odbyć w lipcu 1925 roku XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, będzie poświęcona wyłącznie gruźlicy dziecięcej.

2. Programowe referaty wygłoszą:

Prof. Groer: »O patogenezie prosówki gruźliczej«.

Prof. Jonscher: »O gruźliczem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych«.

Dr. Kopeć: »Gruźlica wieku dziecięcego w świetle liczb«.

3. Prekluzyjny termin zgłaszania innych referatów z tejże dziedziny ustala się na dzień 1-go maja 1925 roku.

4. Ze względu na krótki czas trwania sekcji pedjatrycznej (1 dzień) będą wygłoszone przedewszystkiem referaty, będące w ścisłym związku z referatami programowymi oparte na spostrzeżeniach własnych. Kwalifikacje referatów ustala wyłoniona specjalnie ad hoc Komisja Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

5. Mówcy wraz ze zgłoszeniem referatu winni przedstawiać dokładne streszczenia.

Referaty bez streszczeń nie będą uwzględniane.

Prezes: *Michałowicz.* Sekretarz: *Barański.*

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy P. P. Obwód Łódzki.

Sprawozdanie z działalności Zarządu za rok 1924.

W dniu 1-go stycznia 1924 r. ilość członków w Związku Obw. Łódzkiego wynosiła 231; w roku sprawozdawczym zmarło kolegów 3-ch.

Dr. Maksymiljan Kon, dr. Stanisław Kon i dr. Kazimierz Jokiel.

Opuścił Łódź 1 lekarz. Przybyło 185, a więc w dniu 1-go stycznia b. r., ilość członków wynosiła 412.

W roku sprawozdawczym odbyło się 13 posiedzeń Zarządu Związku, nadto Prezydjum Związku uczestniczyło prawie we wszystkich posiedzeniach Zarządu Sekcji, na których omawiano sprawy natury zasadniczej.

Odbyto szereg konferencyj z Zarządem Kasy Chorych, zarówno w sprawie umowy głównej, jak i w sprawach cennikowych; niejednokrotnie interwenjowano w sprawach kasowych w Ministerstwie Pracy i Op. Sp.

Związek poprowadził energiczną akcję przeciwko zaangażowaniu na stanowisko dyrektora Kasy Chorych dra med. Szaykowskiego, ze względu na poważne zarzuty czynione mu przez Naczelną Izbę lekarską.

Akcja ta została uwieńczona powodzeniem, co było dowodem moralnych sił i powagi Związku

Prezydjum Związku interwenjowało w sprawie zatargu między Zarządem, a lekarzami Kasy Chorych w Pabjanicach, dzięki czemu zatarg został szybko zlikwidowany.

W sprawie zorganizowania pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, Zarząd Związku konsekwentnie stał na swem pierwotnem stanowisku, domagając się wolnego wyboru lekarza i jednostkowej opłaty za porady lekarskie. Dzięki zdecydowanemu stanowisku Związku, sprawa ta została w Łodzi po części rozwiązana zgodnie z naszemi na tę sprawę zapatrywaniami.

W końcu roku sprawozdawczego, zorganizowany został Okręg Łódzki Związku Lekarzy P. P.

Dnia 23 listopada 1924 r. odbył się w Łodzi Zjazd delegatów Związku Województwa Łódzkiego, na którym wyłoniono tymczasowy Zarząd Okręgu.

Szczegółowe sprawozdanie ze Zjazdu wydrukowane zostało na szpaltach »Nowin Lekarskich« (Nr. I. 1925 r.).

Z ramienia Zarządu Obwodu Łódzkiego, weszli do Zarządu Okręgowego Koledzy: Rosiewicz, Knichowiecki i Szyfman.

Stworzenie Okręgu ma doniosłe znaczenie ze względu na ustalenie tą drogą żywego kontaktu, między członkami Związku całego Województwa, co jest niezbędne dla ujednostajnienia linji naszego postępowania w stosunku do Okręgowego Związku Kas Chorych w sprawie pomocy lekarskiej dla urzędników panstwowych i innych aktualnych spraw życia lekarskiego.

Oto w krótkich zarysach najważniejsze momenty z działalności Związku za rok sprawozdawczy.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego.
Okrąg Małopolski w Krakowie.

Ostrzeżenie!

Wydział Okręgu Małopolskiego Zw. Lek. P. P. ostrzega kolegów przed przyjmowaniem posad lekarzy kasowych w Powiatowej Kasie chorych w Drohobyczu. Lekarze Powiatowej

Kasy chorych w Drohobyczu poczynili odnośne kroki dla poprawy swych dotychczasowych marnych płac.

Za Wydział Okręgu:
Dr. Żydłowicz Wład. sekretarz. *Dr. Cercha M.*, prezes.

Okrąg Małopolski Związku Lekarzy P. P. w Krakowie.

Protokół 285 posiedzenia Wydziału w dniu 21 lutego 1925 r.

Dr. Fonferko referuje treść pisma dr. Porajewskiego z Sanoka w sprawie taks sądowych lekarskich. Przyjęto do wiadomości z tem, że referat dr. Fonferki uwzględnia sprawy poruszone przez dr. Porajewskiego.

Na pismo Wydziału Wykonawczego w sprawie terminu Walnego Zebrania Delegatów Zw. L. P. P. uchwalono zaproponować, by termin Walnego Zebrania delegatów Związku złączyć ze zjazdem przeciwgruźliczym, mającym się odbyć między 16 a 19 maja b. r. w Krakowie; po Zjeździe możnaby urządzić wycieczkę do miejscowości kąpielowych. Przyjęto do wiadomości zaproszenie na Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie.

Odczytano list dr. Oskara Hoffnera z Drohobycza; uchwalono odpowiedzieć, że wykluczenie go ze Związku przez Obwód Drohobycki Wydział Okręgu przyjął w swoim czasie do wiadomości.

Odczytano pismo Obwodu Drohobyckiego, w sprawie wolnego wyboru lekarza w Powiatowej Kasie chorych w Drohobyczu.

Odczytano pismo »Nowin Lekarskich« w sprawie napisania artykułu konkursowego o organizacji lekarzy w Polsce.

Odczytano list Wydziału Wykonawczego, wyjaśniający, że absolwenci Instytutu dentystycznego w Warszawie nie stoją na równi z lekarzami, wychowankami Uniwersytetów, wobec czego ci pierwsi nie mają prawa przystępywania do Związku Lekarzy P. P. Wyjaśnienie to uchwalono przesłać Obwodowi Drohobyckiemu.

Uchwalono przesłać podobizny zmarłych prezesów Okręgu Małopolskiego prof. dr. Jordana, prof. dr. Wicherkiewicza i dr. Damskiego, jakoteż zbiorową fotografję obecnego Wydziału Redakcji »Nowin Lekarskich« do numeru na zjazd delegatów.

Uchwalono umieścić odpowiednie ostrzeżenie co do przyjmowania posad lekarskich w Pow. Kasie chorych w Tomaszowie Mazowieckim.

Odczytano pismo »Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża« w sprawie opustu 50% od honorarjów lekarskich dla jego członków. Uchwalono odpowiedzieć, że lekarze udzielają zasadniczo 50 % opustu niezamożnym urzędnikom, nieposiadającym majątku i żyjącym wyłącznie ze służbowych poborów. Lekarze nie mogą zobowiązać się do udzielania opustu wszystkim członkom Stowarzyszenia Polskiego Złotego Krzyża, gdyż między nimi są także zamożni ludzie, którzy mogą płacić pełne honorarja bez uszczerbku dla siebie. Odczytano pismo Obwodu Drohobyckiego w sprawie Związku Lekarzy kasowych. Uchwalono zwrócić się jeszcze raz do Kolegów lwowskich, będących członkami Okręgu, w sprawie zorganizowania Obwodu lwowskiego.

Odczytano zgłoszenie się na członka Okręgu dr. Leona Weissmanna z Gródka Jagiellońskiego i uchwalono przyjąć go pod warunkiem, że zrzeknie się posady kontraktowego lekarza dla leczenia funkcjonarjuszy państwowych, jaką tam piastuje.

Odczytano pismo dr. Wacława Juengsta z Boryni w sprawie proponowanej mu przez starostwo taryfy za leczenie urzędników celnych. Uchwalono zaproponować, by interesowany zgodził się, względnie zażądał za leczenie tych urzędników w miejscu 50% zwyczajowego honorarjum, za dojazdy zaś do przeważnie bardzo odległych posterunków opuścił 25 % z prywatnych honorarjów.

Protokół 286 posiedzenia Wydziału w dniu 28 lutego 1925 r.

Odczytano pismo dr. H. z Ch. co do ordynowania dla członków Pow Kasy chorych w Ch. podczas stanu bezkontraktowego lekarzy tejże kasy. Dr. B. referuje sprawę minionego stanu bezkontraktowego w tej kasie i zarzuca dr. H., że leczył w czasie bezkontraktowym chorych kasowych na szczegółowe, piśmienne polecenie zarządu kasy. Na dowód tego przedkłada kartki kasy chorych, z któremi chorzy udawali się w krytycznym czasie po poradę lekarską wyłącznie do dr. H. Nadto dr. B. zwraca uwagę i zaznacza z naciskiem, że zarząd kasy wysyłał chorych najętemi przez siebie furmankami, wręczając członkom kasy polecenie leczenia do dr. H.

Lekarzom Pow. Kasy chorych w Białej uchwalono odpowiedzieć na zapytanie, że czterolecia należy liczyć od stałych poborów.

Artykuł dr. Izydora Wildera z Drohobycza i dr. Józefa Bednarskiego z Alwerni przekazano Komisji Redakcyjnej celem przesłania do »Nowin Lekarskich«.

Dr. E. Zadurowicz ze Sambora proponuje podwyższenie wkładki do Kasy pogrzebowej. Propozycję uchwalono przedstawić Walnemu Zebraniu Okręgu w dniu 29 marca b. r.

Dr. Stanisław Skoczek z Husiatyna prosi o polecenie lekarza na posadę w Powiatowej Kasie chorych w Husiatynie, jej oddziele w Kopyczyńcach, gdzie pozatem jest dobra praktyka prywatna i mieszkanie.

Protokół 287 posiedzenia Wydziału w dniu 7 marca 1925 r.

Dr. Stefanowi Szatce z Baranowa pod Tarnobrzegiem uchwalono wyjaśnić, że do wydawania kartek pośmiertnych na grzebanie zwłok upoważnionym jest jedynie lekarz oglądacz, płatny przez gminę.

Dr. Bronisławowi Majewskiemu z Przemyśla uchwalono odpisać, by co do zamierzonego wystąpienia z Okręgu postąpił w myśl statutu, a nie »zawiadamiał« o tem Wydziału przez zwracanie listów skarbnika o wezwanie do zapłacenia wkładki ze swoim dopiskiem »nie przyjęto«.

Odczytano i przyjęto sprawozdanie z czynności Wydziału za rok 1924 i uchwalono ogłosić drukiem i rozesłać członkom.

Protokół 288 posiedzenia Wydziału w dniu 14 marca 1925 r.

Przewodniczący wyjaśnia sprawę Walnego Zebrania Delegatów Związku Lekarzy P. P., który miał się odbyć w bieżącym roku w Krakowie. Z przyczyn od Wydziału Okręgu niezależnych Wydział Wykonawczy przeniósł zjazd delegatów z Krakowa do Warszawy, uzasadniając to tem, że według statutu, zjazd delegatów musi się odbyć w kwietniu, podczas, gdy Wydział Okręgu proponował termin w połowie maja, czego Wydział Wykonawczy nie uwzględnił.

Znaczną część posiedzenia zabrała dyskusja nad Walnem Zebraniem Okręgu i żywotnemi sprawami z niem związanemi.

Za Wydział:
Sekretarz: Prezes:
Dr. W. Żydłowicz m. p. *Dr. M. Cercha m. p.*

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka.

Zarząd Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 19 lutego r. b. postanowił obrać Polską Gazetę Lekarską za organ urzędowy Izby upoważnił Prezydjum do zwrócenia się w tej sprawie do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej.

Naczelnik Izby: Pisarz Izby:
Dr. A. Przyborowski *Dr. Ignacy Sochacki*

Wiec lekarski we Lwowie.

W sobotę dnia 4. b. m. odbył się w sali posiedzeń Rady miejskiej Wiec lekarzy lwowskich przy udziale kilkuset kolegów. Celem wiecu było omówienie wspólne piekących spraw zawodowych, wzajemne co do nich porozumienie i powzięcie uchwał, jako wyrazu opinji i żądań wielkiego zastępu lekarzy. Wiec został zwołany przez komitet, złożony z szeregu poważnych kolegów starszych, wśród nich także członków Zarządu Izby lwowskiej, jakoteż kolegów młodszych, którzy szczególnie odczuwają obecne ciężkie czasy dla zawodu lekarskiego, spowodowane coraz większem socjalizowaniem wolnego zawodu lekarskiego.

Sprawę reaktywowania Okręgu Związku lekarzy P. P. w obrębie Izby lekarskiej lwowskiej referował kol. Zgórski. Nad sprawą tą rozwinęła się dyskusja, w której niemal jednomyślnie podnoszono potrzebę reaktywowania Okręgu lwowskiego, któryby w zgodnem współdziałaniu z Izbą bronił jak najusilniej zagrożonych słusznych praw zawodowych. Nieliczni przeciwnicy Związku oświadczali się raczej za tworzeniem Związków poszczególnych grup lekarzy, uważając, że one skuteczniej mogą bronić interesów lekarzy. Ostatecznie uchwalono potrzebę reaktywowania Okręgu Związku lekarzy P. P. w obrębie Izby lekarskiej lwowskiej i wybrano komitet, który ma się zająć przeprowadzeniem tej uchwały w porozumieniu z Głównym Zarządem Związku lekarzy P. P. w Warszawie.

Z kolei prezydent kol. Papée referował sprawę nowelizacji Ustawy o ubezpieczenia na wypadek choroby. Co do poszczególnych artykułów proponowanej Ustawy referent skrytykował art. 3., który podaje, jako górną granicę obowiązkowego ubezpieczenia, kwotę dochodów 750 zł.; granica ta wprost wypacza zasadnicze pojęcie zadania Kas chorych, a tem samem pociągnęłaby za sobą wprost ruinę gospodarczą stanu lekarskiego. Kasy chorych winny być zdecentralizowane; wielkie zakłady przemysłowe, handlowe, gwarectwa węglowe i t. p. powinny mieć własne, autonomiczne Kasy chorych. Górna granica dochodów osób obowiązanych do ubezpieczenia nie powinna przekraczać 200 zł. miesięcznie. Również niemożliwe jest do przyjęcia postanowienie art. 8., które pozwala na należenie do Kasy chorych osobom, których dochód miesięczny nie prze-

kracza 1500 zł. miesięcznie. Odnośnie do art. 33, należałoby ograniczyć uprawnienie korzystania z ubezpieczenia osobom zamieszkującym razem z ubezpieczonymi, a niepodlegającym przymusowi ubezpieczeniowemu. Referent omówił między innemi ustęp 2. art. 42. w sprawie wyboru lekarzy, oświadczając się, zgodnie z dawniejszą uchwałą Izby lek. lwowskiej, za wolnym wyborem lekarzy w Kasach chorych. W ten sposób będą z Kasy chorych korzystać istotnie wszyscy jej członkowie i to z większą korzyścią, co jest zupełnie jasnem. Co do ustępu 5., który ma być dodany, a według którego w razie strejku lekarzy kasowych mają wszyscy lekarze danej miejscowości udzielać posady członkom Kasy za połowę wynagrodzenia, przyjętego w danej miejscowości — to jestto pomysł, który sprzeciwia się konstytucji i prawom zasadniczym obywateli Państwa; oświadczyły się też przeciw niemu jednomyślnie wszystkie zrzeszenia lekarskie. Referent omówił nadto inne punkty zamierzonej nowelizacji. Po krótkiej dyskusji uchwalono rezolucje, idące po myśli już dawniejszych uchwał Izby lek. lw. (patrz Polska Gazeta lek. Nr. 41. 1924).

Następnie kol. Zgórski wygłosił referat na temat: Stosunek lekarzy do Kasy chorych i wolny wybór lekarzy. Referent omówił wyczerpująco temat powyższy i oświadczył się za wolnym wyborem lekarzy kasowych, zarówno ze względu na dobro chorych, jak i lekarzy — zwłaszcza wobec przynależności do Kas chorych ogromnych rzesz ludności. Że wolny wybór jest możliwy i dobry świadczą o tem stosunki w Poznańskiem, niemniej w Niemczech. Podnoszone przez przeciwników ujemne jego strony, dadzą się doskonale usunąć przez odpowiednią organizację, jak n. p. nadużycia ze strony ubezpieczonych, a nawet ze strony lekarzy t. j. niepotrzebne pomnażanie wizyt lekarskich i t. p.

Korr ferat na powyższy temat wygłosił kol. Landau; zdaniem jego przeprowadzenie wolnego wyboru jest niemożliwe i mieści w sobie wiele niebezpieczeństw; mówca podniósł, że liczba lekarzy kasowych przy obecnym stanie jest tak znaczna, że chory może dowolnie wśród nich wybierać tego, do którego ma zaufanie; w leczeniu chorych ubezpieczonych stosuje się dziś wszelkie najpostępowsze sposoby, na które też Kasy wcale nie żałują wydatków. Lekarze kasowi tworzą związki, dzięki też czemu mogą dostatecznie i solidarnie bronić swych praw i zapobiegać nadużyciom. W razie wprowadzenia wolnego wyboru suma 20% ogólnego dochodu Kasy, przeznaczona jako wynagrodzenie dla lekarzy, będzie tak rozproszkowana, że niewiele przyjdzie z niej dużej liczbie lekarzy, którzy będą lekarzami kasowymi z wolnego wyboru. Z tych powodów jest on przeciwnikiem wolnego wyboru lekarzy w Kasach chorych.

W nader ożywionej dyskusji zabierali głos liczni mówcy; niemal wyłącznie oświadczają się oni za wolnym wyborem; podnosili oni, między innemi, że w samym Lwowie liczba osób korzystających z Kasy chorych wynosi około 165 tysięcy; podnosili dalej niestosunkowo niski procent dochodów przeznaczonych dla lekarzy, tem więcej, że Kasa chorych jest w stanie zakupywać z własnych funduszów (we Lwowie) szereg budynków wielkiej wartości. Przytaczali oni również przykłady niekorzystania z pomocy lekarskiej szeregu członków, którzy, natrafiając na trudności w uzyskaniu porady, rezygnują z niej i udają się do lekarza niekasowego, szczególnie, o ile chodzi o pomoc w porze nocnej. Wprawdzie w niektórych przypadkach Kasa płaci honorarjum lekarzowi niekasowemu, jest ono jednak za niskie.

Po zamknięciu dyskusji uchwalono domagać się wprowadzenia wolnego wyboru lekarzy w Kasach chorych.

Wykonanie powziętych uchwał oddano komitetowi, który ma się zająć sprawą reaktywowania Okręgu Związku lek. P. P. w obrębie Izby lwowskiej.

Ogólny nastrój licznego zebrania, szczególnie u kolegów młodszych, był wyrazem ich ciężkiego położenia, w przemówieniach zaś kolegów starszych przebijała troska i poważne obawy o przyszłość dotąd wolnego zawodu lekarskiego.

r.

Do wiadomości Szan. Kolegów.

Wszyscy koledzy, zamierzający ubiegać się o posady w Spółce Brackiej G. Śląska (Tarn. Góry), a nie orjentujący się dostatecznie w tutejszych stosunkach, zechcą we własnym interesie przed przyjęciem ich zasięgnąć koleżeńskich informacyj u podpisanego: Dr. *Eugenjusz Krajewski*, Bielsznice (G. Śląsk) Lecznica Bracka.

Dr. Henryk ALLERHAND. Lwów.

Usterki i niedomagania rządowego projektu ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) przeszło do porządku dziennego nad projektem ustaw dentystycznych, złożonym przez Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, uwzględniającym zarówno stosunki obecne, jak i stosunki mające się ukształtować w przyszłości. Projekt ten proponował trzy ustawy wzajemnie się uzupełniające i normujące trzy zasadnicze w dentystyce sprawy, a mianowicie:

1. nauczanie dentystyki,
2. praktykę dentystyczną,
3. sprawę techników dentystycznych.

Projekt rządowy sprawy studjów zupełnie nie uwzględnia i toleruje nadal dotychczasową niejednolitość studjów, możliwości różnorakie partactwa i poświęca Skarb Narodu: zdrowie publiczne na ołtarzu krótkowzrocznej polityki oportunistycznej. Projekt wniesiony obecnie na wokandę sejmową różni się wprawdzie w pewnych nieistotnych zresztą szczegółach od pierwotnego projektu rządowego; zmiany te są widocznie wynikiem konferencji międzyministerjalnej, w której przedstawiciele innych Ministerstw wypowiadali swe krytyczne uwagi. Natomiast zupełnie pominięto przedłożenia organizacyj fachowych. Sposób ignorowania opinji publicznej przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, podobnie, jak i tajemniczość, którą cały projekt okrywano, jest co najmniej dziwny i wywołać musi przykre zdumienie wśród dzisiejszych postępowych stosunków, gdzie głos organizacyj społecznych we wszystkich dziedzinach życia publicznego padać winien ważko na szalę.

W szczególności przewiduje projekt rządowy liczne postanowienia, które będą dopiero później zapomocą specjalnych rozporządzeń wykonawczych sprecyzowane; trudno więc sobie na razie wyrobić opinję o wartości praktycznej tych postanowień. Już art. 1. przewiduje w ust. c) »jednoroczną praktykę dentystyczną w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu«. Znać na stylizacji tego ustępu niewolnicze naśladowanie ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej z 2. XII. 1921, DZURP 105, poz. 762, która przewiduje dla osób chcących się zajmować praktyką lekarską, rok praktyki szpitalnej, bądź w czasie studjów, bądź też po ich ukończeniu.

To postanowienie Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej jest jedną z usterek tej ustawy i domaga się bezwzględnie nowelizacji. Trudno się zgodzić na takie postawienie sprawy: »albo, albo«. Ustawa winna niedwuznacznie zażądać od przyszłych lekarzy rocznej praktyki szpitalnej po ukończeniu studjów, mającej świeżo upieczonym doktorom dodać wyszkolenie praktyczne. Wzorem pod tym względem jest niemiecki »praktisches Jahr«. Przy obecnej stylizacji ustawy każdy medyk postara się o frekwentowanie w czasie studjów oddziałów szpitalnych przez przeciąg jednego roku, (jak to zresztą miało miejsce także dawniej i ma miejsce obecnie), zbierze dotyczące poświadczenia od poszczególnych kierowników oddziałów szpitalnych, będących zwykle i tak profesorami nadzwyczajnymi, wykładającymi na swych oddziałach, i w ten sposób wartość postanowień ustawy będzie sprowadzona do zera.

Jeszcze gorzej, wprost beznadziejnie niejasno, przedstawia się sprawa z »jednoroczną praktyką dentystyczną«. Już w tem jednem z pierwszych postanowień projektu rządowego mści się połowiczność, z jaką cała sprawa została postawiona. By tę połowiczność tem lepiej uplastycznić, pozwolę sobie na chwilę przypomnieć stanowisko Związku Stomatologów Lwowskiej Izby lekarskiej, skrystalizowane w licznych poprzednich enuncjacjach, a ostatnio w Projekcie Ustaw Dentystycznych, rozesłanym wszystkim czynnikom zainteresowanym, Ministerstwom, tudzież wszystkim PP. posłom i senatorom. Oto tezy naszego stanowiska stomatologicznego, na którem niewzruszenie stojąc, pragniemy, wzorem innych państw kulturalnych, rozwiązać janusową kwestję dentystyki w Polsce. Dadzą się one streścić pokrótce w sposób następujący:

1. Dentystyka (stomatologja) jest gałęzią medycyny.
2. Dentysta musi być lekarzem.
3. Nauczanie dentystyki winno się odbywać, podobnie jak nauczanie innych specjalności lekarskich, jedynie w ramach uniwersyteckich Wydziałów lekarskich.
4. Wykonywanie dentystyki w praktyce ma podlegać tym samym normom prawnym i zwyczajowym, co wykonawstwo praktyczne innych specjalności lekarskich.
5. Osobne studjum dentystyki, specjalne szkoły dentystyczne, są nieracjonalne; jeżeli takie stosunki istnieją jeszcze gdziekolwiek zagranicą, to są urządzeniem szczątkowem.
6. Państwowy Instytut Dentystyczny, jako instytucja likwidatorska na czas wojenny, winien jak najrychlej ulec likwidacji śladem analogicznych innych »komisyj likwidacyjnych«.
7. Kwestja specjalizacji w dentystyce jest na razie kwestją otwartą, podobnie jak kwestja specjalizacji w innych działach medycyny. Uregulowanie (bardzo zresztą trudne) nastąpić winno w ustawie specjalizacyjnej, zapowiedzianej w art. 8. ust. 2. Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej.

Oto stanowisko stomatologiczne; jest ono jasne, niedwuznaczne, nie dopuszcza żadnych odmiennych interpretacyj. Nie zmienia tego faktu ani okoliczność, że dzisiejsze stosunki i w Polsce i zagranicą odbiegają wielokrotnie od tego stanowiska. Mając możność ustawodawczego ukształtowania stosunków, winniśmy uczynić to w sposób najdoskonalszy.

Jakże w świetle powyższego zapatrywania przedstawi się postulat »jednorocznej praktyki dentystycznej w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu«? Co to takiego: »praktyka dentystyczna«? Co to takiego praktyka w jednej gałęzi medycyny? Wszak to nic innego, jak specjalizacja, którą zapo-

wiada wspomniany wyżej art. 8. Ustawy o praktyce lekarskiej. Projekt więc rządowy antecypuje tę mającą się ukazać ustawę i żąda dla dentystyki stanowiska wyjątkowego. Lecz równocześnie trudno sobie wyobrazić możliwości tej »praktyki dentystycznej«. »Praktyka dentystyczna« — to nie jest analogon do »praktyki szpitalnej«, wymaganej ustawą lekarską. Praktyka szpitalna polega na kolejnem przejściu wszystkich oddziałów szpitalnych celem praktycznego zaznajomienia się z wszystkiemi gałęziami medycyny, stanowiąc w ten sposób nader cenne uzupełnienie studjów lekarskich. A jak to będzie z tą »praktyką dentystyczną«? Gdzie będzie się ona odbywała? w jaki sposób, pod czyjem kierownictwem i nadzorem? Oto szereg pytajników, które projekt rządowy pozostawia bez odpowiedzi. To niewolnicze trzymanie się stylizacji Ustawy o praktyce lekarskiej okaże się również nieracjonalnem w pewnych innych postanowieniach, o których poniżej.

Dalszą usterką projektu rządowego, jest art. 3. Przyznaje on łaskawie osobom, które posiadają prawo wykonywania praktyki dentystycznej, prawo używania tytułu »dentysta«. Intencją projektodawcy było zapewne przeciwwstawienie tej nazwy nazwie »lekarz-dentysta«, która w byłym zaborze rosyjskim i pruskim jest w użyciu. Niewątpliwie ani »Zubnoj wracz« ani »Zahnarzt« nieda się poprawnie pod względem językowym spolszczyć przez »lekarz-dentysta«, które to określenie jest pleonazmem, lecz przez »dentysta«, podobnie, jak n. p. »Augenarzt« — okulista, a nie lekarz-okulista i t. d., lecz z drugiej strony winno się liczyć z warunkami życiowemi, które tytuł »lekarz-dentysta« sankcjonują. Określenie »dentysta« jest bezsprzecznie językowo poprawne, lecz dlaczegóż uniemożliwić określenie »stomatolog«, które dla specjalności danej jest odpowiedniejsze, tudzież określenie »specjalista chorób jamy ustnej i zębów«, które jest równie uzasadnione, jak określenia innych specjalności lekarskich.

Art. 6., znowuż mechanicznie przepisany z Ustawy lekarskiej, wydanej przed Ustawą o powszechnym obowiązku służby wojskowej, jest dzisiaj bezprzedmiotowy; w razie powszechnej mobilizacji znajdzie się w armji walczącej dość dentystów, jeżeli tylko zostaną odpowiednio użyci w zakresie swej specjalności.

W art. 8. przykro dotyka określenie »gabinet«; należałoby je zastąpić określeniem odpowiedniejszem n. p, »praktyka« lub »ordynacja«.

To samo dotyczy art. 9.

Co do przychodni dentystycznych, to były one dotychczas niejako »malum necessarium«; tolerowanie ich nadal, jako przedsiębiorstwa zarobkowego, utrzymywanego przez osoby z dentystyką nic wspólnego nie mające, jest nieracjonalne. Przychodnie takie winni utrzymywać jedynie specjaliści, lub instytucje, n. p. Kasy Chorych.

Stylizacja art. 12. jest niebardzo szczęśliwa: »Kontrola sanitarna« budzi różne niebardzo sympatyczne asocjacje, pozatem u osób z pełnym dyplomem lekarskim jest objęta już postanowieniami Ustawy o praktyce lekarskiej«.

Ustęp II., o pomocniczym personalu dentystycznym, obejmujący artykuły 13., 14., 15., wprowadza do już istniejącego chaosu dentystycznego żywioł nowy: »laboranta dentystycznego«; niewiadomo, czy ten homunculus spreparowany na prędce w retorcie ministerjalnej, rozwiąże kwestję; obawiamy się, że ją jeszcze bardziej awikła.

Sprawa techników dentystycznych została obecnie przeniesiona do »postanowień przejściowych«. W zasadzie skazuje projekt rządowy stan ten na etat wymarcia i osładza mu tę niewesołą perspektywę znacznemi rozszerzeniami uprawnień. A cóż to za ludzie będą ci »laboranci dentystyczni«, o których powyżej była mowa. Czyż to nie będą znów technicy dentystyczni w zmienionej postaci? Artykuły, odnoszące się do uprawnień techników dentystycznych, pozosłały w obecnym projekcie rządowym te same, co i w poprzednim. Przyznają one technikom dentystycznym, którzy zdadzą egzamin praktyczny przed specjalną Komisją egzaminacyjną przy Województwie, tudzież technikom, będącym piętnaście lat w zawodzie, prawo, prócz zwykłych czynności techniczno dentystycznych, wykonywania »wszystkich zabiegów na zębach«. W ten sposób jednem pociągnięciem maszyny pisarskiej przyznaje projekt rządowy prawo wykonywania wszystkich) nawet najtrudn ejszych zabiegów dentystycznych, a więc resekcyj korzeni i t. p., technikom dentystycznym, posiadającym jedynie wykształcenie mechaniczne. Hojność jest zaletą, ale nie z cudzej kieszeni! W przeciwwstawieniu do tych superliberalnych koncesyj przewidywał Projekt Ustaw Dentystycznych, ułożony przez Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, umożliwienie koncesjonowanym technikom dentystycznym wykonywania swych nabytych uprawnień stosownie do dzisiejszego stanu protetyki dentystycznej przez zezwolenie na wykonywanie następujących czynności: usuwanie kamienia nazębnego, czyszczenie zębów, szlifowanie zębów i korzeni, branie odcisków celem sporządzenia dostawek zębowych wszelkiego rodzaju, sporządzanie tych dostawek i osadzanie dostawek (protez) w jamie ustnej. Do zabiegów czysto leczniczych, wzbronionych technikom dentystycznym, należą natomiast: leczenie miazgi zębowej i korzeni, wypełnienie (plombowanie) zębów, wszystkie zabiegi krwawe, tudzież wstrzykiwania poddziąsłowe i podskórne.

Z napięciem śledzić będziemy dalszy rozwój ustawodawstwa dentystycznego na terenie sejmowym; mamy nadzieję że opinje organizacyj fachowych zostaną przy tem w większej mierze, niż dotychczas, uwzględnione.

(Uwaga). Kolegom, interesującym się powyższą sprawą, zostanie na życzenie przesłany bezpłatnie egzemplarz Projektu Ustaw Dentystycznych, ułożonego przez Związek Stomatologów Lwowsklej Izby Lekarskiej.

Od Administracji.

Zawiadamia się PP. Autorów prac oryginalnych, z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 8., będą otrzymywali 25 odbitek niełamanych bezpłatnie, jedynie za zwrotem kosztów przesyłki. Odbitki łamane, zamówione przez PP. Autorów, są płatne. Ze względu na zamawianie odbitek płatnych często już w dłuższy czas po ukazaniu się artykułu, uprasza się o zamawianie ich przy przesyłaniu rękopisów, zamawianie dopiero po ukazaniu się artykułu nie może być uwzględnione ze względu na rozrzucenie składu.

Wiadomości bieżące.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie wzywa swych członków, aby przy wysyłaniu chorych bezwzględnie omijali zdrojowiska niemieckie oraz wybrzeża gdańskie. W razie konieczności leczenia poza granicami Państwa, należy kierować chorych do zdrojowisk czesko-słowackich i francuskich oraz nad morze rumuńskie, jugosłowiańskie, włoskie i francuskie.

Kraków.

Prof. dr. Józef Latkowski został mianowany profesorem zwyczajnym chorób wewnętrznych i dyrektorem II. kliniki chorób wewnętrznych w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Ze świata.

Międzynarodowy Instytut Bibljografji lekarskiej w Genewie utworzono w styczniu b. r. Ma on ułatwiać badania bibljograficzne zapomocą kart analitycznych (*fiches analytiques*) zawierających treść prac. Cały materjał podzielony jest na trzy grupy. Abonament uprawnia do 250 kart w grupie, a wynosi za grupę 15 fr. za wszystkie 3 grupy 40 fr. Karty mają tekst w języku francuskim; w razie dostatecznej liczby abonentów mają być wydane także w języku angielskim i niemieckim.

Od szczepienia ochronnego przeciw ospie w Anglji było w r. 1923 na podstawie t. zw. klauzuli sumienia uwolnionych 284.551 dzieci Wynikiem tego przełamania przymusu szczepienia jest niemożność opanowania ospy w Angglji, czego dowodem 150 nowych przypadków ospy, zaszłej w jednym tygodniu t. j. od 8—14 lutego b. r.

Otwarcia nowych Uniwersytetów i Persji nastąpiło z początkiem b. r. Nowy Uniwersytet we Florencji składa się z 5 Wydziałów, w tem Wydział lekarski.

Liczba studentów medycyny w Niemczech stale spada. W lecie 1923 r. było ich 12.558 (w roku 1914 — 29.440), w roku 1924 było medyków 9.376. Również liczba kobiet studjujących medycynę, mianowicie z 2013 w r. 1923 spadła na 1368 w lecie 1924.

Komitet nagrody Boylstona Uniwersytetu Haward w Bostonie zawiadamia, że w bieżącym roku jest do rozdania nagrody powyższa w sumie 500 dol. Temat pracy z zakresu medycyny jest dowolny. Prace należy nadsyłać do 31 grudnia b. r na ręce sekretarza: dr. H. Christian, Pa er Bent Brigham Hospital, Boston.

Sprostowanie.

W nr. 13. P. G. L w artykule dr. K. Kuhla na str. 301. wiersz 40. od góry ma być: stany podgorączkowe do 37.5 — zamiast 38.5. na str. 303 w tabelce ma być: »Ilość płytek na 1000 erytrocytów« zamiast na 100.